Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 20. 14. maja 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prof. Dr. L. KORCZYŃSKI. Kraków.

Wędrówki mas powietrznych i ich znaczenie nozologiczne.

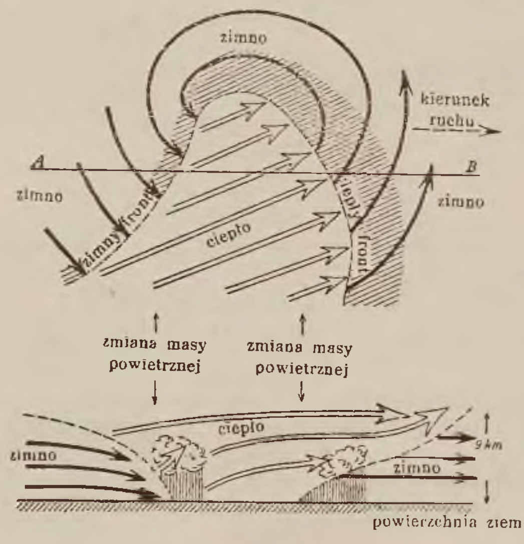
Niejednakowe ogrzanie i niejednakowa gęstość powietrza, rozpostartego nad rozmaitemi obszarami ziemi, wznieca w niem dążność do ruchu i do wzajemnej wymiany. Proste następstwo tego stanu tworzy przesuwanie się mas powietrznych, niesionych prądami wiatrów, słabszych lub silniejszych, zależnie od stopnia napięcia potencjalnej energji ruchu. Takie masy powietrzne, nawiane z dalszych, nierzadko z bardzo nawet dalekich obszarów ziemskich, niosą w sobie zgoła inne własności meteorologiczne, a tem samem dają nawiedzonym przez siebie obszarom inny klimat. Po jakimś czasie, nierzadko dość długim, napływają inne masy i przynoszą nowe klimatyczne warunki. Powstaje na tem tle to, co nazywamy zmiennością klimatu. Skala jej nie jest i nie może być jednakowa na całej kuli ziemskiej. Największą zmiennością odznaczają się części ziemi, położone na rozgraniczeniach oceanów i ogromnych przestrzeni lądu stałego z jednej, a stref zimnych i gorących z drugiej strony. Najdoskonalszy typ takiego położenia tworzy cała zachodnia i środkowa Europa aż po wschodnie rubieże Polski. I o całym tym wielkim obszarze możnaby właściwie powiedzieć, że nie posiada swojego własnego klimatu w ścisłem tego słowa znaczeniu, a ma po raczej takim, jakim go obdarzą zmieniające się wcale często wędrowne masy powietrzne.

Poznawanie zmienności klimatu europejskiego rozpoczęło się na większą skalę dopiero w najnowszych czasach. W środkowej Europie zajmuje się niem bardzo systematycznie zwłaszcza niemiecka meteorologja. Jeden z jej wybitnych przedstawicieli, F. Linke, odróżnia kilka zasadniczych rodzajów nawianych mas powietrznych, ważnych dla kształtowania się klimatu środkowej Europy, w pierwszym rzędzie klimatu krajów niemieckich, zwłaszcza zachodnich. Należą tu powietrze podbiegunowe morskie i podbiegunowe kontynentalne, podzwrotnikowe morskie i podzwrotnikowe lądowe, mięszane i obojętne. Każde z nich posiada swoje odrębne własności fizyczne. O najważniejszych objaśnia zamieszczone poniżej zestawienie obok siebie mas powietrznych, rozdzielonych na cztery grupy — podbiegunową i podzwrotnikową, morską i lądową.

Właściw. meteorol.	masy podbieg.	masy podzwr.	masy morskiej	masy kontynent.
Ciepłota	niska	wysoka	zimą ciepła, latem chłodniejsza	zimą niska, latem wysoka
Wilgotność	mała	znaczna	znaczna	mała
Przejrzystość	znaczna	słabsza	znaczna	słabsza
Zapylenie	skąpe pyłki drobne	spore, większe pyłki	spore, drobne pyłki	spore, większe pyłki
Przepuszcz. prom. słon.	dobra	mała	mała	dobra zimą
Przepuszcz. prom. krótkofalis.	znaczna	mała	znaczna	mała
Zjonizowanie	małe	znaczne	małe	znaczne
Napięcie elektr.	małe	znaczne	małe	znaczne

Z tytułu różnych meteorologicznych własności można wymienione przed chwilą masy powietrzne rozdzielić na dwie grupy, każda o dwóch antagonistycznych członach. Jedną tworzą masy powietrza polarnego i powietrza podzwrotnikowego, drugą powietrza morskiego i powietrza kontynentalnego. W jednej i w drugiej odbywa się między antagonistami, krzyżującemi się w podwójny sposób, walka o prymat klimatyczny, tocząca się z ciągłą zmianą wyników i nigdy na stałe nierozstrzygnięta. Różne jej fazy oznaczają zmiany środowisk atmosferycznych i zmiany warunków bytowania dla wszystkiego, co w tych środowiskach żyje.

Rozpostarte na dalekiej północy powietrze polarne płynie potężnym prądem ze wschodu na zachód, a więc w kierunku, przeciwnym do obrotowego ruchu ziemi. Nad ciepłą strefą klimatyczną unosi się masa silnie ogrzanego powietrza podzwrotnikowego i dąży po kierunkowej linji obrotu ziemi z zachodu ku wschodowi. Zetknięcia się obu tych mas są same przez się zrozumiałe. W płaszczyźnie zetknięć następuje coś w rodzaju próby sił. Masa o większej energji potencjalnej wypycha słabszą masę. Powstaje front atmosferyczny — polarny, lub podzwrotnikowy, zależnie od tego, która masa jest silniejsza. Ściana frontu nie tworzy prostej płaszczyzny. Są w niej bardzo liczne faliste wygięcia, bardzo często tak wielkie, że jakby ogromne języki wciskają się w przeciwne masy atmosferyczne. Za przykład mechanizmu ruchu mas powietrznych przy wnikaniu takich wyjęzyczonych fal a równocześnie na uzmysłowienie meteorologicznych następstw wnikania może posłużyć zjawisko wtłoczenia się potężnej fali powietrza podzwrotnikowego w masę powietrza podbiegunowego. Ilustruje je zamieszczona poniżej schematyczna rycina.



Objaśnienie. W środku wypiera ciepła fala, oznaczona jasnemi strzałkami, zimne powietrze podbiegunowe oznaczone czarnemi strzałkami, ku północnemu wschodowi. Poza sferą jej działania dostaje się wypchane powietrze w masę polarną, zawraca z narzuconej mu siłą drogi i wpada na tyły ciepłej fali. Cały ten kłąb posuwa się z zachodu ku wschodowi, niosąc ze sobą nagłe zmiany meteorologiczne: Wraz z wkroczeniem ciepłego frontu podnosi się ciepłota i opada ciśnienie barometryczne. Tuż za ciepłą falą nadciąga front polarny i niesie z sobą oziębienie i wzrost ciśnienia. W pierwszym, cyklonowym okresie tworzą się chmury warstwowe — *stratus* — i padają ciepłe deszcze, w zimie śniegi. Zimną fazę, antycyklonowa, znamionują huraganowe wichry, chmury kłębiaste — *cumulus* i *cumulonimbus* — i nagłe ulewne deszcze, względnie burze śnieżne.

W dalsze szczegóły ruchów mas powietrznych nie możemy wchodzić w tej chwili. Nadmienimy tylko, że dla stosunków klimatycznych całej środkowej Europy, a nawet dla wschodnich połaci najdalej na zachodzie położonych dziedzin posiadają bardzo wielką doniosłość nawiania, pochodzące z Rosji europejskiej i z Syberji, a dla stosunków klimatycznych Europy zachodniej i środkowej aż poza wschodnie kresy Polski masy powietrzne, naniesione z dziedziny azorskiej.

Wspomniałem na wstępie, że Europa zachodnia i środkowa nie posiada własnego klimatu w ścisłem tego słowa znaczeniu i że w bardzo wysokim stopniu ulega rozmaitego rodzaju nawianiom. Dla uzasadnienia tej ogólnikowej charakterystyki można przytoczyć odsetkowe cyfry, obliczone przez Dienesa, jako przeciętne z lat 1929—1930, celem pokazania zmienności klimatu krajów niemieckich, a równocześnie z tem uwydatnienia częstości rozmaitych środowisk atmosferycznych.

Okolica	Środowisko powietrzne							
	polar.	tropik.	ocean.	kontyn.	polar. ocean.	tropik. ocean.	polar. kontyn.	tropik. kontyn.
Pobrzeże Morza Półn.	6.4	1.5	28.5	17.3	25.0	3.2	2.4	0.5
Prusy Wschodnie	14.5	1.4	17.3	27.4	9.6	0.3	6.0	1.6
Niemcy zachodnie	9.6	3.8	25.9	16.7	24.6	5.9	1.9	1.1
Nizina północno-niemiecka	7.0	1.9	22.9	22.0	23.6	3.8	2.5	1.4
Saksonja	8.2	2.7	22.2	22.7	21.3	3.1	2.5	1.6
Śląsk niem.	10.7	2.7	20.0	27.6	18.1	1.9	3.0	2.5
Niemcy południ.	6.0	5.5	24.1	24.2	20.2	3.4	1.6	1.1

W podobny sposób, jak na obszarze Niemiec, przewalają się i rozpościerają się wędrowne masy powietrzne także nad innemi krajami „po tamtej stronie Alp" i jeszcze dalej na wschodzie „po tamtej stronie Karpat". Niestałość klimatu uwydatnia się przytem w całej pełni.

Już w bardzo dawnych czasach zwracano uwagę na zależność ludzkiego ustroju od środowisk atmosferycznych i podnoszono niekorzystny wpływ nagłych zmian meteorologicznych na usposobienie i na samopoczucie, zwłaszcza osób nerwowych, na przebieg niektórych chorób przewlekłych, skłonnych do zaostrzeń, względnie do pogorszeń, mówiono o łączności tych zmian z częstością zapadania na niektóre choroby zakaźne. Nie brakło przytem uwag, poświęconych rozstrząsaniom istoty tego wpływu i łączeniu go z działaniem pewnych dynamicznych czynników klimatu. Powstało na tem tle nawet dość spore piśmiennictwo lekarskie. Niejedna ze składających się na nie publikacyj posiada nawet znaczną wartość przez gromadzenie i rejestrowanie materjału, a nie rzadko także przez utrwalanie bystrych i trafnych spostrzeżeń. Ale to wszystko, co się zebrało z tych dawniejszych czasów, nie starczy jeszcze do głębszego wniknięcia w istotę związku między zapadaniem na choroby i ujawnianiem się chorobliwych stanów z jednej, a doraźnym zbiorem właściwości atmosfery, ze stanem pogody, jako całości, z drugiej strony. Przyczyna leży w tem, że wszystkie dawniejsze rozstrząsania zagadnień z zakresu meteoropatologji odbywały się nie na podstawie poznawania typów atmosferycznych, lecz drogą analizy biodynamicznych czynników klimatycznych. Zmieniło się to dopiero w zupełnie nowych czasach dzięki znamiennym postępom w nauce meteorologji, dokładniejszemu poznaniu wędrówek mas powietrznych, a wraz z tem także stworzeniu pojęcia frontów atmosferycznych. Do korzystania z tego wszystkiego przyczynia się nowoczesny rozrost lecznictwa klimatycznego i utrwalające się coraz bardziej współdziałanie meteorologji i medycyny. Medycyna przyswaja sobie potrzebne dla jej celów wiadomości z zakresu meteorologji, a naodwrót meteorologja poznaje postulaty nauki lekarskiej i uwzględnia je w swoich badaniach.

Zastęp prac z zakresu meteoropatologji, opierających się o nowe wiadomości z dziedziny ruchu mas powietrznych, nie jest jeszcze zbyt wielki. Ale już i ten dorobek, jakim w tej chwili rozporządzamy, dostarcza sporo szczegółów, świadczących o tem, że między przesuwaniem się frontów atmosferycznych i zachorzeniami istnieje niewątpliwie bliski związek. Streszczenie tego dorobku przynosi obszerniejsza publikacja de R u d d e r a z r. 1931. W osobnem zestawieniu (str. 67) znajduje się tam rejestr chorób z niewątpliwą i z bardzo prawdopodobną meteorotropją, wychodzącą najaw przy przesuwaniu się rozmaitych frontów atmosferycznych. Powtórzenie de Rudderowskiego zestawienia posłuży może najlepiej do objaśnienia o wynikach dotychczasowych badań i spostrzeżeń.

Do rzędu schorzeń meteorotropowych należą:

Na pewne lub prawie na pewne:

Ostre dławcowe zapalenie krtani.

Spazmofilja osesków z rozmaitemi ostremi objawami (napady eklamptyczne i tetaniczne).

Rzucawki ciężarnych.

Napadowe b ó l e w rozmaitych tkankach w stanie przewlekłego zapalenia (bóle reumatyczne, podagryczne, w bliznach po ranach, tkanki płucnej i t. d.), bóle u tabetyków.

Bóle w nerwach.

Krwioplucie.

Ostre nieżyty górnych dróg oddechowych z t. zw. zaziębienia.

Napady ostrej jaskry.

Udary mózgowe i zakrzepy żył.

Bardzo prawdopodobne:

Włóknikowe zapalenie płuc.

Niektóre postacie dychawicy oskrzelowej (napady).

Napady padaczkowe.

Niektóre postacie zapaleń wyrostka robaczkowego.

Niektóre postacie migreny.

Ostre napady w przewlekłej zimnicy.

Nagła śmierć osesków (t. zw. śmierć wypryskowa — *mors eczematica).*

Zatory tętnicy płucnej.

Nagła śmierć w przypadkach miażdżycy tętnic wieńcowych serca.

Anginy — samorodne i pooperacyjne.

Może:

Początek błonicy i płonicy.

Niekiedy napady bólu przy rozmaitego rodzaju kolkach.

Jako uzupełnienie przytoczonego w tej chwili zestawienia, trzeba jeszcze dodać, że meteorotropja wymienionych w niem chorób, albo raczej zapadających na nie ustrojów, nie zamyka się w ramach jakiegoś jednego tylko „stanu atmosferycznego", względnie nie ujawnia się przy posuwaniu się tylko ściśle określonego frontu powietrznego. Ilustrują to zupełnie dobrze odsetkowe grupy znacznego materjału dławcowego de R u d d e r a. I tak zanotowano:

W czasie zimnego frontu	30%	przypadków
W czasie ciepłego frontu	20%	„
Postaci mieszanych z obu frontów	15—20%	„
W czasie frontu równikowego	5%	„
W czasie panowania kontynentalnego eurazyjskiego wyżu, oraz nie dających się ściśle określić mieszanin wpływów atmosferycznych	15—20%	„
Działania wpływów nie można było stwierdzić bez wszelkiej wątpliwości w	10—15%	„

Spore znaczenie dla zajmującego nas w tej chwili zagadnienia posiada także sprawozdanie v. S t r u p p l e r a z instytutu patologicznego szpitala Monachjum-Schwabing z lat 1928—1929 o stosunkach atmosferycznych w tych dniach, w których ilość sekcyj przekraczała przeciętną miarę. Dowiadujemy się z niego, że działo się tak przy napływie ciepłego powietrza, notowanym wśród 65 dni 59 razy, przy napływie zimnego powietrza 41 razy przy 50 dniach nagłego oziębienia, przy 6 zamkniętych cyklonach 6 razy. W krótkich okresach czasu, rozdzielających dwie kolejne depresje, lub depresję od zjawiającego się wkrótce po niej wyżu barometrycznego, notowanych 14 razy, zwiększyła się ilość sekcyj 13 razy. W czasie powtarzającego się 21 razy wiatru halnego — *Foehn'u* — stało się to samo 20 razy. Przyczyny śmierci tworzyły w przeważnej ilości przypadków udary mózgowe, zapalenia płuc i ropniaki opłucne, gruźlica, oraz choroby serca i naczyń.

Z bardzo niedawnych własnych przeżyć mogę dodać do tego sprawozdania, że w czasie panowania cyklonu w Krakowie w lutym b. r. zdarzyły się jednej nocy trzy przypadki nagłej śmierci u ludzi starszych z miażdżycą naczyń i z zwyrodnieniem włóknistem mięśnia sercowego, wszystkie w jednej dzielnicy.

Dla bardzo wielu spraw chorobowych nie posiadamy jeszcze dokładniejszych zestawień statystycznych, podających odsetkowe cyfry. Ale i o nich wiemy już z pisemnych sprawozdań, że zjawiają się w większej liczbie przy rozmaitych frontach mas powietrznych. Najważniejszą rolę odgrywa tu widocznie zmiana, jako taka. Rodzaj jej posiada wprawdzie także pewne znaczenie — odnosi się to zwłaszcza do cyklonowych zaburzeń atmosferycznych — ale, przynajmniej dla większej części schorzeń meteorotropowych, bynajmniej nie swoiste.

Naturalne następstwo dokładniejszego poznania łączności między zmianami atmosferycznemi i rozmaitego rodzaju zachorzeniami tworzą usiłowania, zmierzające do wytłumaczenia tej łączności. Można je wyczytać z bardzo wielu publikacyj. Ale niesposób zajmować się niemi na tem miejscu bardziej szczegółowo. Ograniczę się tylko do tego, co o tej sprawie mówi się obecnie, zwłaszcza co o niej mówi tej miary fizyk-meteorolog, co K a r o l D o r n o, kierownik świetnego instytutu meteorologicznego w Davos, obeznany przytem znakomicie z postulatami klimatologji lekarskiej.

Opierając się na dorobku niewielu ostatnich lat, zwraca się D o r n o do dość już dawnych zapatrywań o wpływach elektryczności powietrznej. Ale daje im zupełnie nową postać, tłumacząc

jej wpływ fizjodynamiczny działaniem częstotliwych prądów elektromagnetycznych, powstających z wielką łatwością przy ścieraniu się ze sobą odmiennych mas powietrznych, a więc w pierwszym rzędzie w łonie warstw pośrednich, międzymasowych. Częstotliwość ich określa na podstawie pomiarów oscylometrycznych co najmniej cyfrą 10.000 zmian w ciągu jednej sekundy. Rolę odbiorników spełniają przydatki skóry z rozmieszczonemi po niej włosami na czele. Drgania, powstające w nich pod wpływem fal elektromagnetycznych, przenoszą się na czuciowe elementy skóry, a przez pośrednictwo nerwów czulnych na układ nerwów wegetatywnych i na cały układ wegetatywny.

Wobec wielkiej szybkości ruchu, wynoszącej 300.000 km na sekundę, wielkiej przenikliwości i dalekosiężności tych prądów, nie sprawia żadnej trudności zrozumienie wpływu, pochodzącego z mas powietrznych, przesuwających się nawet w znacznej odległości. Że wpływ ten zaznacza się tem dobitniej przy bezpośredniem stykaniu się ustroju z frontem napływowych mas, jest samo przez się zrozumiałe.

Sposób pojmowania istoty czynników fizjodynamicznych, tkwiących w elektryczności atmosferycznej, przemyślany przez Dorno'a, odznacza się niewątpliwie ścisłością rozumowania i skończoną formą. Ale mimo to jest w tem wszystkiem jeszcze pewna luka, bo tłumaczenie nie uwzględnia działania atmosferycznych jonów, jako takich. A z badań Dessauera wiemy, że dają one znać o sobie bardzo wyraźnie. Chodzi tu o typ jonów, wyróżnionych niedawno przez Israela w jego klasyfikacji, jako t. zw. grupa średnia w kompleksie dużych jonów — *grosse Mitteljonen* —, o tyle ważny, że właśnie jony tego typu odznaczają się wybitnemi własnościami biodynamicznemi i że szczególnie licznie znajdują sie w warstwach powietrza, rozgraniczających odmienne masy atmosferyczne, a więc w t. zw. frontach tych mas. Nie działają one zapewne na większą odległość. Ale za to wywierają tem silniejszy wpływ przy bezpośredniem zetknięciu się z meteorotropowemi ustrojami.

W związku z zajmującym nas tematem, należy się jeszcze krótka wzmianka masom powietrza t. zw. spadowych wiatrów górskich — *Foehn'ów* w krajach alpejskich, u nas wiatrów halnych. Mają je zresztą także inne kraje, przecięte łańcuchami gór, rozciągającemi się w kierunku równoleżników. Wszędzie znane są z tego, że wywierają niedobry wpływ na ludzi, nienawykłych do nich od najwcześniejszych lat życia. Stają się przez to bardzo niepożądanem zjawiskiem we wielu górskich i podgórskich uzdrowiskach. Wywołane przez nie zaburzenia są nawet tak znaczne, że na północnych stokach Alp mówi się wprost o „chorobie halnej" — *„Foehnkrankheit"*.

Zasadnicze znamię działania tych wiatrów tworzy zjawianie się zaburzeń, zanim jeszcze spostrzeżenia meteorologiczne wskażą napływanie obcego powietrza, zupełna odporność tubylczej ludności, zatracanie się odporności u przybyszów, o ile ją posiadali, po krótszym lub dłuższym pobycie w okolicy, nawiedzanej przez nie.

U osób z meteorotropią wobec *Foehn'ów* zmienia się wraz z nadciąganiem wiatru zupełnie nagle cały nastrój psychiczny. Opanowuje ich niepokój i drażliwość, niekiedy tak wielka, że przechodzi w niepohamowaną gwałtowność, objawiająca się nawet czynami. Bardzo często dołącza się do tego wygórowana wrażliwość niektórych zmysłów. Ale dzieje się także wprost przeciwnie. Zamiast podniecenia zjawiają się przygnębienie, obojętność i ociężałość, a nawet wpadająca w oczy senność. Do pospolitych objawów należą bóle i zawroty głowy, nerwobóle, u reumatyków i podagryków bóle mięśni, kości i stawów. Wcale często zdarzają się stany pewnego rodzaju duszności i niemiłe przypadłości sercowe i naczynioruchowe. Z chwilą pojawienia się meteorologicznych oznak wiatru halnego zmniejsza się zazwyczaj nasilenie wszystkich, a przynajmniej niektórych niemiłych przypadłości. Ale stan prawidłowy powraca dopiero po zupełnem przejściu wiatru halnego.

W celu poznania istotnej przyczyny, wywołującej chorobliwe stany w czasie panowania *Foehn'ów*, przeprowadzono w najnowszych czasach liczne badania jonizacji i elektrycznego naładowania powietrza. Zajmowali się niemi w Innsbruku na większą skalę zwłaszcza Israel, oraz Storm, van Leeuwen Booy, van Niekerk i Petschacher. Nie powiodło im się jednak rozjaśnić tego zagadnienia. Ani pod względem jonizacji, ani pod względem naładowania elektrycznego nie stwierdzono wybitniejszych różnic między powietrzem rodzimem i powietrzem, naniesionem przez wiatry spadowe, wiejące z południowej strony Alp.

Doc. Dr. A. SABATOWSKI. Lwów.

O przyrodolecznictwie cukrzycy w świetle ostatnich badań.

Wobec ogromnych zdobyczy w zakresie patologji i terapji cukrzycy, osiągniętych w XX wieku głównie przez poznanie insuliny i udoskonalenie leczenia dietetycznego, nie można się dziwić, iż luźne spostrzeżenia i usiłowania odbiegające od głównych i utartych szlaków tego lecznictwa nie zdołały wzbudzić głębszego i trwalszego zainteresowania tak teoretyków jak i praktyków. Wypracowywane w ciągu długich lat, aż do ostatnich czasów, metody przyrodolecznicze stosowane są prawie wyłącznie tylko w uzdrowiskach, a niektóre poszły zupełnie w zapomnienie.

Bezsprzecznie nie mają te sposoby lecznicze żadnych widoków skutecznego współzawodnictwa z leczeniem dietetycznem i insulinowem, stanowią jednak skuteczną broń pomocniczą, którą gardzić nie należy. Co więcej, dają one — jak zobaczymy — możność podejścia do zagadnienia cukrzycy z innej strony. Jest to okoliczność bardzo ważna wobec trudnych zagadnień, na jakie się badanie istoty cukrzycy natknęło.

Ostatnie postępy w zakresie patologji i terapji ogólnej stawiają metody przyrodolecznicze w takiem świetle, że można oczekiwać poważnych korzyści z badań naukowych, z tej właśnie strony podjętych.

W krótkim przeglądzie wszystkich metod przyrodoleczniczych postaram się uwypuklić te szczegóły, które przy dzisiejszym stanie wiedzy o cukrzycy są najciekawsze teoretycznie i praktycznie.

Najstarszem jest tu leczenie wodami mineralnemi, ale krytycyzm badaczy kazał wypróbować także działania zwykłej wody słodkiej. I tak Glax (r. 1885) podawał diabetykom 1 do półtora litra gorącej wody (48 do 58°) w kilku dawkach w ciągu dnia i zauważył zmniejszenie się ilości moczu i zawartości w nim cukru oraz wzrost wagi ciała. Empirja kierowała diabetyków do zdrojowisk wód alkalicznych, które od wielu lat stale mają w nich licznych i wiernych kuracjuszów. Badanie cukru krwi wykazuje, że już wypicie 200 g gorącej zwykłej wody naczczo powoduje spadek hiperglikemji a wzrost cukru przy hipoglikemji, trwający około 1 godziny. Przy ortoglikemji wahania cukru są całkiem małe, a stają się tem wyraźniejsze im większe jest odchylenie od normy u badanych osobników (zjawisko teoretycznie i praktycznie bardzo ważne). Znacznie wyraźniejsze wyniki otrzymuje się stosując zamiast zwykłej wody, mineralne alkaliczne jak np. karlsbadzką albo wprost 2% rozczyny dwuwęglanu sodowego, siarczanu sodowego i potasowego, fosforanu sodowego a nawet cytrynianu sodowego i innych soli alkalicznych (Arnoldi, Ettinger, Lorant, Arnoldi i Roubitschek). Wyższa ciepłota tych wód czy rozczynów podnosi jeszcze ich działanie regulujące cukier krwi.

Po wypiciu tych wód napięcie pęcherzykowe kwasu węglowego opada na pół do 2 godzin, poczem wyraźnie rośnie. Zjawisko to znajdujemy także po innych zabiegach przyrodoleczniczych.

Spostrzeżenia w zdrojowiskach wykazywały już oddawna, że picie wód alkalicznych zmniejsza pragnienie, cukromocz i ilość moczu. Elias wykazał, że kwasy mobilizują cukier z wątroby, zasady zaś działają przeciwnie. Doświadczenia z alkalizowaniem i zakwaszaniem ustroju ludzkiego dowodzą, że zakwaszanie pobudza układ nerwowy współczulny, powoduje odpływ wody z tkanek i wzmożone moczenie, zaś alkalizacja pobudza układ parasympatyczny i pęcznienie tkanek i zmniejsza diurezę. Alkalizowanie potęguje działanie insuliny, zaś zakwaszanie osłabia je. Wszystkie te zjawiska, zebrane i opisane szeroko przez Modrakowskiego (Kosmos 1931) tłumaczą dostatecznie sposób działania wód mineralnych alkalicznych. Najlepsze wyniki widuje się u osobników dobrze odżywionych, koło pięćdziesiątki, z lekką cukrzycą. Że przypadki ciężkie nie poprawiają się, nie może służyć za argument przeciw wartości tej metody leczniczej pomocniczej. Odpowiednie ustawienie diety jest oczywiście warunkiem zasadniczym, a spokój i wypoczynek w zdrojowisku czynnikiem dopełniającym.

Statystycznie nie ujmowano na większą skalę wyników leczenia zdrojowego cukrzycy. Natknąłem się na statystykę Noordena z przed 30 lat, obejmującą 7 ciężkich i 11 lekkich przypadków cukrzycy. N. badał tolerancję na 100 gramów bułki, w 8 do 10 dni po powrocie z leczenia zdrojowego. Przypadki przed tem leczeniem reagowały wszystkie cukromoczem na tę ilość bułki. Po leczeniu tylko 4 przyp. z kategorji „lekkich" wykazały cukromocz. Przypadki ciężkie pozostały oczywiście wszystkie bez poprawy. Noorden, protagonista leczenia dietetycznego, opowiedział się wówczas za nieporzucaniem leczenia zdrojowego.

Hydroterapja słodkowodna była za kilkoma nawrotami stosowana jako czynnik leczniczy. Polecał ją w r. 1859 Oppolzer, nieco później Pinoff, który obserwował przez czas dłuższy 18 diabetyków, stosując zimne nacierania, natryski i kąpiele. U większości swych chorych widział początkowo zmniejszenie poliurji oraz ilości cukru w moczu. Występowało zjawisko podmiotowej poprawy stanu. Wyniki jednak były przemijające, pogorszenia nieraz występowały nagle. Podobne wyniki spostrzegał Smoleński. Leczenie dietetyczne było wówczas jeszcze bardzo niedołężne a ocena „ciężkości" przypadku oczywiście także niepewna. Około r. 1898 widzimy znowu zainteresowanie się tym problemem. Strasser stosował wtedy zabiegi kombinowane, naprzód łaźnię suchą lub zawijania w wilgotne prześcieradło i w koce a potem chłodne natryski i kąpiele z nacieraniem skóry. U osobników dobrze odżywianych z lekką cukrzycą osiągnął w ten sposób wydatne poprawy. To samo stwierdził Faust, a Le Gendre zwrócił uwagę na to, że pobudzenie żywotności skóry musi tu odgrywać rolę dodatnią.

Nowe badania dotyczą działania kąpieli mineralnych, a robione są już przy pomocy oznaczania cukru krwi. Arnoldi (1922) stwierdza spadek hiperglikemji po kąpielach szczawnych (CO_2), nieco mniejsze po słodkowodnych. Litwin i Religioni badają działanie różnych kąpieli druskienickich po zadaniu badanemu 50 g glukozy w porównaniu z takiem samem obciążeniem glukozą bez następowej kąpieli. Z doświadczeń ich wynika, że kąpiel solankowa (35°, 35 min.) daje średnio obniżenie cukru krwi o 25%, zaś 41° borowinowa o 21.6%, kwasowęglowa o 12% (32.5°) a zwykła o 8.4%. (Polsk. Arch. Med. Wewn. Tom 9. 1931 r.). Widać stąd nierówne działanie różnych materjałów kąpielowych (różnice kwasoty i ciepłoty, właściwości drażniących skórę). Działanie to przypisują autorzy kojącemu wpływowi na układ nerwowy oraz pobudzeniu czynności wątroby.

Jest to pogląd zbyt ciasny. Niema w nim miejsca na rolę skóry samej jako narządu, na co już Le Gendre zwrócił uwagę, a co z przeglądu dalszych rozważań nad przyrodolecznictwem cukrzycy wynika. Kąpiele niezawodnie uczulają ustrój na insulinę.

Naświetlania słoneczne i sztuczne stanowią dalszy czynnik leczniczy w cukrzycy, opracowywany w okresie powojennym bardzo wszechstronnie. Gigon wykazał, że zwierzęta doświadczalne, trzymane w ciemnicy mają wysoki poziom cukru krwi. Wyciągi z ich tkanek podnoszą cukier krwi, zaś wyciągi z tkanek zwierząt naświetlanych obniżają cukier. Pincussen przeprowadzał obszerne i różnorodne doświadczenia z diabetykami naświetlanymi słońcem, lampami żarowemi i kwarcówką, stosując nieraz uczulenie na światło zapomocą zastrzyku eozyny. Zabiegi te powodują spadek acetonu i kw. acetooctowego w moczu, co dowodzi, że zakwaszenie ustroju maleje. Cukier krwi i moczu w przypadkach ciężkich nie zmniejsza się, zaś w lżejszych opada wyraźnie i cukromocz znika. Bardzo wielka poliurja zapowiada brak dodatniego wyniku fototerapji (przysadka!). Naświetlanie działa lekko obniżająco także na prawidłowy poziom cukru krwi u dzieci (Ferri) i u dorosłych (Rothmann), u królików (Pincussen) i szczurów (Ceruti). Zawartość insuliny w tkankach rośnie po naświetlaniu (Pincussen). Wzmożona tolerancja na próbne obciążenie cukrem daje się stwierdzić jeszcze nazajutrz po naświetleniu (Rothmann). Także hiperglikemja po adrenalinie podlega obniżeniu przez światło. Przy dokładnem seryjnem oznaczaniu krzywej cukru krwi przy naświetlaniu można uchwycić wstępną fazę wzrostu cukru podobnie jak po insulinie. Także lekkie naświetlenie promieniami Roentgena powoduje spadek hiperglikemji, uczulenie na insulinę a stępienie na działanie adrenaliny. (Strauss i Rother).

Naświetlanie powoduje początkowy spadek pęcherzykowego napięcia kwasu węglowego a potem wzrost, podobnie jak po wypiciu wód alkalicznych (Hasselbalch).

Zbierając te wszystkie doświadczenia, przychodzimy do wniosku, że sposób oddziaływania ustroju na wszelkie bodźce naskórne w zakresie gospodarki cukrowej — jest taki sam. Jeśli ujmiemy zaś i picie wód, przychodzimy do przekonania, że i ten bodziec podobnie działa. Wszędzie dostrzega się wahania w równowadze kwasowo-zasadowej i nerwowo-wegetatywnej ustroju z dążnością do wyrównania chorobowych odchyleń od tej równowagi. (Odchylenie w cukrzycy idzie zawsze w stronę kwasową). Równolegle z powrotem do równowagi ustroju idzie uczulenie na insulinę i spadek hiperglikemji i glikozurji, zmniejszenie się patologicznego obrotu wodą (pragnienie, wielomocz) i przyrost wagi wskutek zatrzymywania wody i lepszego przyswajania pokarmów.

To ostatnie zjawisko stwierdzone zostało także u osobników niecukrzycych pod wpływem wód alkalicznych jak np. Zuber w Krynicy (Tempka, Braun). Występuje ono zarówno u osobników ze zwiększeniem przemiany gazowej ustroju jak i bez zwiększenia.

Należy tu wspomnieć jeszcze o jednem zjawisku, które pozornie z naszem zagadnieniem nic nie ma wspólnego, a jednak — jak zobaczymy dalej, jest sprzężone z niem częściowo. Chodzi o stosunek zabiegów powyżej opisanych do hipertonji. Znaną jest walka wśród dawnych balneologów o stosowanie kąpieli szczawnych (CO_2) u hipertoników. Kąpiel ta, uznana pierwotnie za specyfik dla hipotoników i zabraniana hipertonikom, okazała się (w przypadkach niezłośliwej hipertonji) doskonałym czynnikiem obniżającym ciśnienie wygórowane.

Picie wód mineralnych zakazywane jest jeszcze dotychczas przez wielu praktyków szkoły niemieckiej, jeśli się ma do czynienia z hipertonją. Tymczasem szkoła balneologiczna francuska dowiodła już dawno, że na hipertonję (niezłośliwą) picie wód może mieć wpływ bardzo korzystny, jeśli jest odpowiednio stosowane. Próbne picie miernych ilości wody rano, naczczo w łóżku, pod kontrolą diurezy i ciśnienia krwi pozwala ocenić te przypadki, które reagują korzystnie. Stosuje się wody silnie hipotoniczne. Oczywiście pewna grupa „pletoryków" potrzebuje wód wybitnie przeczyszczających a nie diuretycznych (hipotonicznych). Bez sporów przyjęto natomiast praktyczne zużytkowanie spostrzeżenia, że kąpiele świetlne wyraźnie obniżają wzmożone ciśnienie krwi.

Mamy tu tę samą serję czynników przyrodoleczniczych, ustosunkowanych do innego zjawiska patologicznego, także niecałkiem wyjaśnionego, ba nawet jeszcze mniej zbadanego niż cukrzyca.

Hipertonja z hiperglikemją idą bardzo często w parze, hipertonja i cukrzyca kliniczna kojarzą się ze sobą nierzadko.

Ostatnia grupa zabiegów przyrodoleczniczych, stosowanych w cukrzycy ma za sobą pełną sporów przeszłość, ale narazie nie ma teraźniejszości. Uległa zapomnieniu! Należą tu ćwiczenia mięśniowe i mięsienie ciała. Praca mięśniowa była przedmiotem prób przed 60 laty wskutek pewnych spostrzeżeń samych chorych. Mięsienie wprowadzone było do lecznictwa cukrzycy nieco później, doczekało się szerokiej dyskusji na zjeździe internistów niemieckich w r. 1886 i poszło niebawem w zapomnienie. Gdy w r. 1926 poruszyłem to zagadnienie w Polsk. Gaz. Lek. (Nr. 18) sądziłem, że ktoś zechce je przebadać na nowo. Praca moja była także obszernie streszczona w *Zeitschrift f. d. ges. physikalische Therapie* i znalazła echo ale w odniesieniu do innych zagadnień (Lampert na zjeździe internistów niem. 1930 r.). Kwestją stosunku mięsienia do cukrzycy nikt się nie zajmuje obecnie, choć wogóle zagadnienie wpływu mięsienia na ustrój od kilku lat jest gorliwie opracowywane nowoczesnemi metodami. Jedynie nawiasowo wspomina Schaudig (r. 1931), że mięsienie ma „niewyraźny" wpływ na cukier krwi. Badania swe prowadził on jednak na osobnikach ortoglikemicznych szukając zresztą we krwi za innemi ciałami czynnemi, jawiącemi się po mięsieniu. Małe wychylenia od normy u osobników zdrowych a wielkie wychylenia od patologicznego stanu u chorych są zjawiskiem w medycynie doświadczalnej dobrze znanem. Dlatego konieczne są nowocześnie postawione badania u diabetyków, zwłaszcza że różne spostrzeżenia z ostatnich kilku lat dałyby tym badaniom o wiele większą wartość niż samo stwierdzenie pożyteczności mięsienia w cukrzycy. Spostrzeżeniami temi zajmiemy się później, streszczając narazie to, co dawne badania przyniosły. Bouchardat (1841) a później Trousseau (1868) widywali u osobników dobrze odżywionych, z lekką cukrzycą, znikanie cukromoczu, uczucia zmęczenia i niemocy płciowej po wysiłkach mięśniowych (dalekie wycieczki, polowania i t. p.). Poprawy te były przejściowe. Bouchardat spostrzegał u pewnego rolnika stałe zanikanie cukromoczu w okresie pracy w polu, a pojawianie się przy spoczynku zimowym. Külz, a później Zimmer badali krzywą cukromoczu u diabetyków wprzód odcukrzonych przy pomocy diety, obciążając ich odważoną ilością bułki do śniadania. Doświadczenia były robione raz w zupełnym spokoju, drugi raz po wydatnym ruchu. W większości przypadków wydzielanie cukru z moczu było po pracy o wiele mniejsze albo wcale się nie pojawiało. Külz przebadał tak 61 przypadków, później zaś Mering 30 przyp. z takim samym wynikiem. Najlepsze wyniki widziano u ludzi bardzo muskularnych (Noorden 1912 r.). Po nadmiernem zmęczeniu występowało pogorszenie cukromoczu. Śpiączka cukrzycza po wysiłku jest znana.

Nie ulega więc wątpliwości, że umiarkowany ruch mięśniowy u ludzi, u których muskulatura jest silnie rozwinięta i stanowi wysoki odsetek składowy ogólnej wagi ciała, jest czynnikiem pomocniczym w wyrównywaniu zaburzenia obrotu węglowodanów. Dawni lekarze, którzy byli zmuszeni do bystrej obserwacji nie mając tylu metod rozpoznawczych co my, zanotowali i to, że

u diabetyków istnieje czasem dziwna rozbieżność między znaczną jeszcze objętością mięśni a słabą ich siłą. Uważano to za znak niepomyślny.

Prawdopodobnie chęć zapobieżenia temu zjawisku stała się przyczyną wprowadzenia około r. 1866 m i ę s i e n i a do lecznictwa w cukrzycy. Mięsienie bowiem powiększa siłę i masę mięśni, co jest obecnie wyzyskiwane przy zaprawie sportowej. Na wspomnianym już kongresie internistów niemieckich w r. 1886 przedstawili F i n k l e r i B r o c k h a u s swoje wyniki obserwacji w 5 przyp. cukrzycy ciężkiej i 9 przyp. lekkiej. Chorzy byli na mieszanej diecie (chleb, ziemniaki, piwo, dużo mięsa i tłuszczu), leżeli w łóżku lub chodzili i pracowali. Leczeni byli kontrolowani przez 3 miesiące. Stosowano u nich energiczny masaż *(„Knetung")* całego ciała przez 20 minut, początkowo raz, później 2 razy dziennie. W wyniku tego postępowania malało pragnienie i wielomocz, następnie obniżał się odsetek cukru w moczu, waga rosła, pojawiały się poty, skóra nabierała soczystości. Wyniki były zupełnie zgodne, choć niezawsze równie pomyślne. U najcięższej chorego dobowa utrata cukru z moczem spadła w ciągu tego czasu z 730 na 200 g. W przypadkach lekkich cukier znikał z moczu w czasie tego leczenia, a dalsza kontrola wykazywała później ślady tylko cukru przy mieszanem żywieniu. Jeden chory zmarł na śpiączkę, jeden na zapalenie płuc. Jako powikłanie istniejąca w jednym przypadku d y c h a w i c a o s k r z e l o w a poprawiła się zupełnie. W następstwie tych wyników próbowano dalej leczenia mięsieniem i ogłaszano mniej lub więcej pomyślne wyniki (Ewer, Aye), jednak były one zbyt mało zachęcające wobec wielkich postępów leczenia dietetycznego, aż wreszcie w r. 1896 S e i c h t e r (dysertacja) zaprzeczył wprost pomyślnego wpływu mięsienia na cukromocz.

Dla wyjaśnienia działania mięsienia należy dodać, że opisywano dodatni jego wpływ przy żółtaczce i innych schorzeniach wątroby, przy braku łaknienia, a Geofroy (1897) przy wymiotach niepowściągliwych u ciężarnych.

Mięsienie głębokie wywiera wpływ tak na s k ó r ę jak i na m i ę ś n i e. L a m p e r t (r. 1930) podnosi równoległość odczynów ustroju po pracy fizycznej jak i po mięsieniu (mocz, obraz krwi, tętno, ciśnienie krwi, przemiana materji, waga ciała). Tłumaczenie wyników obu tych zabiegów przy cukrzycy napotykało do dziś na niepokonane trudności. K ü l z i N o o r d e n obliczali wartość pracy człowieka wagi 60 kg przy dwugodzinnym chodzie i oznaczyli ją jako równoważnik kaloryczny 70 do 90 g cukru, podczas gdy spadek wydalania cukru u diabetyków tej wagi wynosił tylko około 25 g. Z drugiej strony S t ü w e i L e b e r (1896) stwierdzali po energicznem mięsieniu wzrost przemiany gazowej o 10 do 15% a więc o tyle, ile daje praca palców obu rąk, a jednak mięsienie odbijało się tak poważnie na cukromoczu! Dowodzi to, że wzmożone s p a l a n i e cukru odgrywa tu całkiem podrzędną rolę a raczej chodzi o zmianę w p r z y s w a j a n i u cukru.

Dopiero ostatnie czasy, które przyniosły nam wiadomość o „hormonach tkankowych" pozwalają podejść z tej strony i do zagadnienia przyrodolecznictwa cukrzycy i roli skóry oraz mięśni w tych zjawiskach. S c h a u d i g wykazał (r. 1930), że po mięsieniu zjawia się w surowicy krwi ciało, które zastrzyknięte innemu osobnikowi śródskórnie powoduje bąbel o wymiarach o 50% większych niż daje zwykła surowica ludzka. T ö r e k stwierdził to samo po naświetlaniu skóry kwarcówką, H o f f i H o l z a p f e l po wywołaniu odczynu dermograficznego. S c h a u d i g stwierdził to też po zimnej kąpieli, J a n k o w s k i (1) po gorącej. J a n k o w s k i e m u udało się przez energiczne opróżnienie przewodu pokarmowego pozbawić prawie zupełnie krew u człowieka naczczo właściwości bąblotwórczej i stwierdzić po wywołaniu dermografji w surowicy krwi obecność ciała dającego wielki bąbel z różową otoczką i s k u r c z e d z i e w i c z e j m a c i c y świnki morskiej. J a n k o w s k i na podstawie tej ostatniej cechy uważa omawiane ciało za histaminę. Th. L e w i s mówi ostrożnie o powstawaniu w naskórku ciała „podobnego do histaminy" po bodźcach naskórnych. C z e ż o w s k a (spostrzeżenia nieogłoszone) spostrzegała po m y o s t r j a t o l u (Koskowskiego i Dadleza (2) stosowanym śródskórnie bąble podobne w rozmiarach i czasie trwania do bąbli po surowicy końskiej, a nieco mniejsze niż po histaminie i bez różowej otoczki. Myostrjatol daje skurcze mięśnia macicy świnki morskiej dużo słabsze niż histamina.

Niezawodnie zjawia się we krwi po zabiegach przyrodoleczniczych naskórnych ciało „podobne do histaminy", prawdopodobnie pokrewne jej lub pochodne, rozszerzające naczynia włosowate i zwiększające przepuszczalność tkanek. Być może, że jest to nie jedno, ale cała plejada ciał o pokrewnej budowie i podobnem działaniu, których różnice osobnicze nauczymy się poznawać. Do ciał tych należy zapewne cała grupa produktów leczniczych wypuszczonych w obieg terapeutyczny, a pochodzących z tkanek zwierzęcych (z mięśni: *hormocardiol, carnigen, myoston, myostrat, myostriatol;* z trzustki: *angioxyl;* z wątroby: *eutonon;* z moczu: *kalikreina, padutyna).*

„Czystość" farmakodynamiczna tych preparatów (3) i różnice w ich wartości działania są przedmiotem sporów i badań, które jeszcze nie prędko będą zakończone. Dygresja naszych rozważań w stronę tego zagadnienia miała cel całkiem inny. Oto G o e r t z (4) zauważył, że myostrjatol obok swego działania obniżającego n a d c i ś n i e n i e krwi ma także wpływ obniżający na jej p r z e c u k r z e n i e a oprócz tego wydatnie uśmierza stany dychawicze różnego pochodzenia. Ostatnie badania nad wpływem mięsienia potwierdzają zaś dawne już spostrzeżenia, że mięsienie o b n i ż a nadciśnienie krwi a p o d w y ż s z a zbyt niskie. I to ostatnie zjawisko stwierdził G o e r t z po myostrjatolu! Wpływ mięsienia na stany dychawicze zanotowali już F i n k l e r i B r o c k h a u s.

Mamy więc do czynienia z bardzo daleko idącem p o d o b i e ń s t w e m wyników leczniczych uzyskanych sposobami pozornie z u p e ł n i e o b c e m i sobie. Wolno przypuścić, że tak jak humoralna podstawa tych zjawisk jest identyczna lub przynajmniej bardzo pokrewna, tak i stosunek ich do układu neurowegetatywnego. Zabiegi te zmniejszają lub usuwają jakieś z a p o r y, które, powstając w ustroju, powodują zmiany chorobowe w obrocie węglowodanami i w krążeniu krwi. T o r u j ą c e to działanie powoduje poprawę w zaburzeniach nieraz wręcz przeciwnych (hiperglikemja, hipoglikemja, hipertonja i hipotonja) jest więc n i e s w o i s t e ale dla patogenezy tych zaburzeń bardzo ciekawe. Zwróciłem już na to dawniej uwagę omawiając przyrodolecznictwo zaburzeń krążenia (5).

W odniesieniu do zabiegów naskórnych podnieść trzeba, że skóra nie jest tu tylko powierzchnią odbioru bodźców. D a w n i l e k a r z e zebrali dosyć spostrzeżeń w tym kierunku, opisywali soczystą i różową skórę w łagodnych przypadkach cukrzycy, a suchą, chłodną i wiotką w ciężkich, zanikanie zdolności pocenia i świąd bez zmian w naskórku. Po zabiegach skóra się poprawia w przypadkach pomyślniejszych. N o w a s z k o ł a d e r m a t o l o g i c z n a opisuje zaburzenia w bilansie wody i cukru (hiperglikemja) wśród przebiegu wielu schorzeń skóry (6). Ukuto dla niej nawet nazwę „obwodowej wątroby" (Urbach). Hiperglikemja przy dermatozach jest oporna na leczenie dietetyczne a nawet na i n s u l i n ę. Wyleczenie skóry powoduje zniknięcie tych zaburzeń bilansowych, długotrwałość choroby jak np. łuszczycy, kojarzy się czasem z lekką cukrzycą. Ciekawem byłoby więc zbadanie działania mięsienia w przypadkach cukrzycy opornych na insulinę.

Są to już zagadnienia wychodzące daleko poza zakres rozważań ścisłego przyrodolecznictwa. Z przeglądu jednak jego metod leczniczych wynika, jak bardzo cenne są dla całokształtu nauki spostrzeżenia i próby tego działu medycyny.

Piśmiennictwo (dotyczące hormonów tkankowych).

1) J a n k o w s k i: P. G. Lek. 1932. Nr. 44. — 2) D a d l e z i K o s k o w s k i: P. G. Lek. 1932. Nr. 27. — 3) S o c h a ń s k i: P. G. Lek. 1932. Nr. 46. — 4) G ö r t z: P. G. Lek. 1932. Nr. 27. — 5) S a b a t o w s k i: Pamiętnik I. Zjazdu lekarskiego w Krynicy w r. 1926. Nakład Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy. Kraków. 1927. 6) N a d e l: Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 1930. Bd. 159. p. 194—230.

A. KUHN. Lwów.

Nasze uzdrowiska.

Przed laty zgłosił się u mnie znany mi od dłuższego czasu wyższy urzędnik państwowy, liczący lat 45, z następującą sprawą: ma wkrótce wyjechać zagranicę na kilkutygodniowy pobyt; w ostatnich dniach, wychodząc z urzędu po wytężonej pracy, doznawał tak silnych zawrotów głowy, że tylko dzięki pomocy towarzyszących kolegów nie upadł na ulicy; obawia się więc wyjeżdżać, gdyż przypuszcza, że jest ciężko chory — i zapytuje mnie, czy może wyjechać czy też ma zrezygnować z podróży. Po krótkim namyśle odpowiedziałem, że może i powinien jechać. W kilkanaście dni później otrzymałem z Paryża list wielce radosny. Podróżnik donosił, że w chwili, gdy siadł na dorożkę, która go zawieźć miała z domu na dworzec kolejowy, opuściły go wszelkie myśli o chorobie, uczuł się swobodny i silny, jakby mu lat ubyło, a w ciągu utrudzającej podróży i jeszcze więcej utrudzającego zwiedzania Paryża zawrotu głowy nie doznał wcale i o wszelkich swoich dolegliwościach w zupełności zapomniał.

Spostrzeżenie to podaję dlatego, aby wykazać na przykładzie, jak ciężkie objawy może wywołać t. zw. przepracowanie i jaki wpływ wywiera na człowieka spracowanego i znękanego wypoczy-

nek urlopowy. Oderwanie się od koła codziennych i obowiązkowych zajęć, zmiana otoczenia, wrażenia napotykanych nowości stwarzają warunki do zdrowienia umęczonej *psyche*. Dla mieszkańca miasta wchodzi w rachubę jeszcze inny wzgląd, mianowicie istniejący u każdego człowieka pęd do przyrody, który w mieście zaspokoić trudno.

To też wypoczynek coroczny jest koniecznością tak w interesie pracownika jak i pracodawcy, bo odradza siły potrzebne do pracy. Niewątpliwie więc ten wypoczynek ma doniosłe znaczenie w gospodarce społecznej i warto się zastanowić nad tem, gdzie i jak ten wypoczynek spędzamy. Oczywiście — jeśli nie wchodzi w grę moment badawczy, jaki się wysuwa przy zwiedzaniu zagranicy — najkorzystniej spędzimy urlop w miejscowościach własnego kraju, tak obfitującego w uzdrowiska [1]) najrozmaitszego typu.

L e t n i s k a, przeznaczone dla osób potrzebujących tylko wypoczynku, bez właściwego leczenia, powinny prócz sprzyjających stosunków klimatycznych dawać warunki odpowiedniego mieszkania, zdrowego i dostatecznego odżywiania, a przytem pewnego urozmaicenia pobytu (sporty, spacery, miłe towarzystwo) oraz sposobność do zahartowania ustroju (kąpiele powietrzne i wodne). Stworzenie odpowiednich warunków dla letników w licznych bardzo u nas miejscowościach tej kategorji nie jest możliwe w tempie przyśpieszonem i musi być pozostawione w przeważnej części inicjatywie prywatnej.

Inaczej przedstawia się sprawa miejscowości, które uznano oficjalnie za miejsca służące leczeniu osób przyjeżdżających. Te miejsca, nawiedzane tłumnie w pewnych porach roku, muszą stać pod opieką władz. Idzie mianowicie o to, aby osoby skierowane do takich miejscowości przez lekarzy z powodu zdefinjowanych chorób odzyskiwały tu zdrowie a przynajmniej doznawały ulgi w cierpieniach, nie poniosły zaś szkody na zdrowiu miast spodziewanej poprawy. Te miejsca są przedmiotem niniejszej pogadanki, w której zamierzam uwzględnić zarówno dobro kuracjusza jak powodzenie uzdrowisk.

Uzdrowiska *sensu strictiori*, kąpieliska lecznicze i zdrojowiska muszą posiadać 1) środki lecznicze niewątpliwej wartości obok 2) ogólnych warunków zdrowotnych i 3) warunków sprzyjających pogodnemu nastrojowi psychicznemu kuracjusza. Ścisły rozdział tych trzech grup nie jest możliwy, bo w oddziaływaniu na ustrój ludzki różnie się kombinują. Mimo to uważam ten podział za praktyczny, gdyż ułatwia zeszeregowanie bardzo rozmaitych czynników, z jakiemi się spotykamy w leczeniu uzdrowiskowem.

Do najważniejszych środków leczniczych zaliczamy klimat, kąpiele i zabiegi wodolecznicze, wreszcie wody do picia.

Co do k l i m a t u jesteśmy zorjentowani mniej lub więcej dokładnie tylko w miejscowościach stosowanych jako specjalne stacje klimatyczne; warunki klimatyczne innych uzdrowisk, wchodzące w rachubę niejako ubocznie, bywają mało uwzględniane. To też zdarzają się nierzadko szkody kuracjuszów, które możnaby nazwać „klimatycznemi", a które wynikają stąd, że chory przybyły np. do leczenia wadliwej przemiany materji, będąc mało odpornym na wielkie wahania ciepłoty dziennej albo na gwałtowne ruchy powietrza, właściwe dla danego uzdrowiska, nabywa w czasie kuracji zdrojowiskowej reumatyzmu albo białka w moczu. Takie szkody nie powinny się zdarzać, choćby w imię starego hasła lekarskiego „*primum non nocere*". Aby ich uniknąć, lekarze muszą znać dokładnie warunki klimatyczne, choćby tylko znaczniejszych zdrojowisk i znać przeciwwskazania klimatu każdej takiej miejscowości. Dla tego celu konieczna jest przygotowawcza współpraca badawcza na terenie uzdrowisk geofizyka z lekarzem, rozciągająca się na szereg sezonów, ponadto potrzeba, aby nasze wydziały lekarskie (jeżeli uznają wartość leczenia uzdrowiskowego) kształciły specjalistów lekarzy zdrojowych, którzy dzisiaj są z konieczności samoukami, w znacznej części niedostatecznie przygotowanymi do zajmowanego stanowiska.

W o d y m i n e r a l n e, służące do kąpieli albo do picia, są dostatecznie zbadane pod względem chemicznym, ale czy, jakby wypadało, bada się te wody okresowo co do stałości składu chemicznego, przynajmniej co do najważniejszych składników, czy często zasięga się kontroli bakterjologa? O tem powinniby wiedzieć lekarze a pośrednio i kuracjusze. To co kuracjuszom rzuca się w oczy i co oni coraz lepiej rozumieją, to jest sposób wydawania wód do picia. Musi on być taki, aby zapewniał i przekonywał, że wszelka możliwość zanieczyszczenia wody jest usunięta; na tem polu w ostatnim czasie są do zanotowania postępy. Wiadomo powszechnie w kołach interesowanych, że niektóre nasze zdrojowiska ulokowano nieodpowiednio: na dnie kotliny lub w dolinie mało nasłonecznionej, umieszczając tam domy mieszkalne i ogrody spacerowe, gdzie wytryskają źródła wód mineralnych, i nie uważając za potrzebne a nawet za możliwe oddalanie zakładu od zdrojów. Dzisiaj widzimy, że nawet wody gazowe (np. Słotwinka) mogą być prowadzone bez szkody rurociągiem na większą odległość, w miejsce wybrane. Błędy popełnione można naprawić tylko etapami, w dłuższym przeciągu czasu, ale naprawa ta jest konieczna. Niektóre nasze zdrojowiska weszły już na tę drogę (Żegiestów).

Ł a z i e n k i do kąpieli leczniczych, w niektórych naszych uzdrowiskach zbyt szczupłe, niedostatecznie wentylowane, prymitywnie wyposażone, są dzisiaj przedmiotem ogólnej krytyki i odstręczają gości od tych zdrojowisk. Odnosi się to szczególnie do naszej borowiny, tak obfitej i znakomitej, która jednak często bywa podawana gościom w sposób niezadowalniający: niedostatecznie przesiana, niedbale ogrzana, w wannach nieapetytnych, w lokalu brudnym o niedomykających się drzwiach i oknach.

Także w o d o l e c z n i c t w o nie przynosi chluby naszym uzdrowiskom ani pod względem fachowej wartości porad ani pod względem technicznym. Jest to dział lecznictwa ważny i godny uwagi, bo, odpowiednio stosowany, daje wyniki bardzo dobre — ale też, nieumiejętnie zastosowany, może przynieść wielkie szkody. Pomimo to traktuje się u nas ten dział lekkomyślnie tak, że medyk z wyższych kursów bywa gdzie niegdzie uważany za wystarczającego kierownika zakładu. W tym kierunku konieczna jest zmiana zapatrywań, a przedewszystkiem potrzebne wyszkolenie hydroterapeutów (na wydziałach medycznych i w zakładach wodoleczniczych).

Ważnym czynnikiem leczniczym, a głównie hartującym, są k ą p i e l e p o w i e t r z n e i s ł o n e c z n e. Główny nacisk należy położyć na kąpiele powietrzne wbrew dzisiejszej praktyce, która operuje głównie słońcem, często przez pacjentów nadużywanem ze szkodą dla zdrowia. Kąpiele tej kategorji należy urządzać na dostatecznie obszernych przestrzeniach, najlepiej o podłożu piaszczystem, przestrzeniach przynajmniej w połowie zacienionych. O ile potrzebne jest na terenach kąpieli powietrznych urządzanie natrysków z niezbyt zimnej wody, o tyle wydaje się niewłaściwem łączenie terenów kąpieli powietrznych z basenami zimnej wody do pływania (wspólnemi dla obu płci). Trudno zgodzić się z tem, aby było korzystne dla zdrowia kąpanie się w basenie, a potem „plażowanie" i powtarzanie tego po kilka razy naprzemian. Uważam także, że inna jest kategorja osób potrzebujących kąpieli powietrznych, a inna osób kąpiących się w basenie wody zimnej — te osoby należy rozdzielić.

Do drugiej grupy postulatów, któreśmy przyjęli dla uzdrowisk (ogólne warunki zdrowotne) należą w pierwszym rzędzie k a n a l i z a c j a i w o d o c i ą g i wody zwyczajnej. Higjena teoretyczna uczy, że sieć kanałowa i wodociągowa jest pierwszym i zasadniczym warunkiem zdrowotności miejsc, w których skupia się większa liczba ludzi, że obie sieci powinny być budowane równocześnie i rozbudowywane naprzód, w przewidywaniu wzrostu zaludnienia czy frekwencji, niejako na wyrost. Cóż jednak widzimy w praktyce? Potrzeby te bywają spychane na szary koniec, kanały i wodociągi bywają budowane w najlepszym razie etapami, a z reguły raczej sztukowane niż budowane i nigdy nie dotrzymują kroku rozwojowi frekwencji. Następstwa tego już znamy z doświadczenia. Przyznać trzeba, że kwestja jest wcale trudna. Urządzenia higjeniczne, o których mowa, wymagają dużego wkładu, w czasie stosunkowo krótkim, a jakoś tak się składa, że na te cele u nas nie można znaleźć wystarczających kapitałów. Co do kanałów istnieje nadto wielka trudność w kwestji odprowadzenia treści kolektora głównego. U nas uzdrowiska leżące nad wielką wodą są nieliczne, przeważna ich liczba nie dysponuje rzeką lub tylko rzeką o małej masie wody, to też wpuszczenie kanałów do wody jest tylko wyjątkowo możliwe. Gdy brak takiej możliwości, higjena teoretyczna zaleca założenie pól irygacyjnych *(Rieselfelder)*. Pola takie były niedawno w modzie i nawet niektóre kąpieliska morskie w Niemczech chlubiły się takiemi urządzeniami. Ale cóż się okazało? Pola te zajmują duże przestrzenie, które tylko znacznym kosztem można uzyskać, a niepewny z nich pożytek, bo przy niekorzystnej zmianie kierunku wiatru tak zatruwają powietrze uzdrowisk, że kuracjusze masowo uciekają. Przypuszczam też, że moda pól gnilnych w uzdrowiskach już przeminęła. Inny sposób pozbywania się treści kolektorów byłby zapomocą dołów chłonnych. Takie znowu urządzenia są możliwe tylko tam, gdzie głębsze warstwy gleby są przepuszczalne, a mogłyby one wystarczyć tylko dla mniejszych uzdrowisk, co zaś najważniejsze, doły chłonne zawsze mogą zagrażać zanieczyszczeniem warstwy wodonośnej, co dla uzdrowiska, polegającego głównie na stosowaniu wód, mogłoby być katastrofą. Mieszanie nieczystości z torfem i używanie następnie mieszaniny jako nawozu, stosowane gdzie niegdzie, jest kłopotliwe w wykonaniu i może mieć zastosowanie tylko w małej skali. Ratują nas doły kloaczne, urządzone do wywożenia nieczystości stałych, ale i te doły (przy powszechnie używanem dzisiaj spłókiwaniu sedesów) także nie mogą się obejść bez choćby częściowego odpływu do kanałów. Tak więc

[1]) Używam tu nazwy „uzdrowisko" w najszerszem znaczeniu.

kwestja ostatecznego usuwania nieczystości z większych zbiorowisk ludzkich pozostaje otwartą i może stanowić wdzięczne pole do badań i pomysłów specjalistów, indywidualnie dla poszczególnych uzdrowisk.

Mniejsze trudności sprawia w o d a d o p i c i a i użytkowa. Wodociągi z odpowiednią wodą u nas wszędzie urządzić można, mniejszym lub większym kosztem. Ale i tych możliwości nie wyzyskano w naszych uzdrowiskach, które, z bardzo nielicznemi wyjątkami, posiadają wodociągi niedostateczne pod względem ilości wody, a niekiedy nawet pod względem jakości wody.

Wspomniałem nieopatrznie o sedesach do spłókiwania. I znowu punkt zaczepienia. To spłókiwanie jest często tylko teoretyczne z powodu przypadkowego lub zasadniczego braku wody. A ustępy naszych uzdrowisk? Nierzadko spotykamy, nawet przy domach piętrowych, ustępy umieszczone *modo rusticano* w osobnych komórkach w podwórzach; niekiedy stosowany jest nader prymitywny i niechlujny system skrzynkowy. Są to anachronizmy, które powinny jak najrychlej zniknąć z naszych uzdrowisk.

Przechodząc wreszcie do trzeciej grupy naszego schematu, do czynników wpływających na *psyche* chorego, muszę podnieść z naciskiem, że wpływy psychiczne oddziaływują potężnie na zdrowie fizyczne a czasami decydują o wyniku leczenia. Nie powinny więc być lekceważone.

Przybysz, opuszczając swoje stosunkowo obszerne mieszkanie w mieście, był przygotowany na to, że w uzdrowisku musi zadowolnić się jednym pokojem, ale to, co zastaje, stoi niekiedy poniżej jego najskromniejszych wymagań. Co do wymiarów pokojów mieszkalnych w uzdrowiskach niema zadowalniających przepisów, to też amator kuracji uzdrowiskowej często ma możność podziwiania niezwykłej pomysłowości budowniczych uzdrowiskowych pod względem wyzyskania przestrzeni wszerz i wzwyż. Umeblowanie skąpe i bardzo zużyte. Materace łóżek „sprężynowe" sprawiają przybyszowi prawdziwe tortury, reszta pościeli nie lepsza. Światło słabe, umieszczone w geometrycznym środku pokoju, gasi się tylko od drzwi, więc ostatni spacer dnia to spacer od łóżka do drzwi i napowrót. Jedynem podobno wskazaniem dla właściciela przy budowie domu i urządzeniu była tu oszczędność, o wygodzie kuracjusza zapomniano. (Oczywiście, nie wszędzie jest tak źle, ale tak bywa w wielu, nawet najnowszych, a wcale nie najtańszych domach).

Tak wygląda w pewnej części przypadków umieszczenie kuracjusza i takie są jego pierwsze wrażenia po przybyciu do uzdrowiska. Czyż nie byłoby wskazane, aby właściciele pokojów do wynajęcia czy pensjonatów przebywali jakiś specjalny kurs, gdzieby się mogli zapoznać z pewnemi działami higjeny i coś niecoś z psychologją kuracjusza? Człowiek taki jest mało wymagający, ale przecież pragnie mieć w uzdrowisku choć skromne wygody. Przekonanie lub nawet tylko podejrzenie, że się jest przedmiotem wyzysku a poza tem niczem więcej, działa na kuracjusza w wysokim stopniu przygnębiająco; przeciwnie atmosfera przyjacielskiej gościnności i uprzejmości dobrze służy zdrowieniu chorego. Gdzie istnieje taki stosunek obopólny, tam i gość dbać będzie o dobro gospodarza.

Jeżeli przypadkiem kuracjusz przyjechał bez zapowiedzenia — co przecież się zdarza, bo niekażdy może swobodnie decydować o dniu wyjazdu — to wtedy zaczyna się przykra nad wyraz wędrówka po uzdrowisku pod przewodnictwem pośrednika miejscowego, który tam gościa prowadzi, gdzie jemu (pośrednikowi) odpowiada. Kto widział tych wymęczonych i rozgoryczonych poszukiwaczy mieszkania, ten zdaje sobie sprawę z wpływu zdrowotnego takiej tułaczki. Jeszcze gorzej, gdy gość, nie znalazłszy pomieszczenia w uzdrowisku wybranem, jedzie na poszukiwania do innych miejscowości. W uzdrowiskach zagranicznych korzystałem z usług biur informacyjnych bezpłatnych (zakładowych), które miały dokładne i aktualne opisy wolnych pokojów w pensjonatach i hotelach wraz z cenami, informowały co do cen dorożek, co do godzin odjazdu pociągów, połączeń kolejowych, nawet co do cen posiłków w restauracjach. Czy u nas nie możnaby pomyśleć o czemś podobnem?

Wspomniano już o mniej lub więcej świadomie istniejącym pędzie do przyrody u gości przybywających z miast. To pragnienie musi być zaspokojone. Przybyszowi trzeba dać jak najwięcej przyrody, drzew, zieleni łąk, kwiatów. Grzechem jest zabudowywanie ulic czy dróg po obu stronach szeregiem domów murowanych i dawanie przez to gościowi przygniatającego wrażenia, że znajduje się nadal pośród murów, przed któremi przecież uciekł. Względy ogniowe przemawiają przeciwko budowaniu domów drewnianych[1]), to też nowe domy wznosi się w uzdrowiskach z cegły. Ale czyż muszą to być budynki według szablonu miejskich domów czynszowych? Przecież naszych architektów stać na projekty nieco fantazyjne, które mogłyby wyglądać pięknie na tle zieleni. Zdaje się, że w tym względzie miałyby coś do powiedzenia komisje uzdrowiskowe.

Do momentów wpływających na usposobienie kuracjusza w sposób zdecydowanie niekorzystny należą przykrości ścisku, wyczekiwanie w ogonkach, biurokratyzm zarządu; w tym kierunku konieczne jest wprowadzenie jak najdalej idących ułatwień i udogodnień. Wszyscy funkcjonarjusze uzdrowiska, od góry do dołu, muszą pamiętać o tem, że są przeznaczeni do usłużenia gościom, że służąc im, spełniają obowiązek a nie świadczą łaski, że goście uzdrowiska są pośrednio ich chlebodawcami. Nie przeczę, że czasami ci goście mogą być niemili, ale należy do zawodu każdego człowieka, który z obowiązku styka się z chorym, nerwowym, czy może tylko zmęczonym i wyczerpanym, że ma powodować się względem niego wyrozumieniem i cierpliwością. To też personal zakładowy powinien być starannie dobierany.

Byłoby do omówienia jeszcze wiele spraw związanych z zagadnieniem, czy i w jakim stopniu nasze uzdrowiska nadają się do spędzenia naszego wypoczynku zdrowotnego. A to: ceny mieszkań i pensyj, ceny kąpieli, wysokość taks zdrojowych, regulamin dla gości kąpielowych co do zachowania się w mieszkaniach i w miejscach publicznych, dancingi, restauracje, kuchnie. Ale artykuł musiałby urość do zbyt wielkich rozmiarów. Może kiedyś w przyszłości i na te sprawy przyjdzie kolej. Narazie ograniczyłem się do podniesienia jedynie kilku, mojem zdaniem, piekących potrzeb i palących usterek naszych uzdrowisk. Z bolesnem uczuciem myślałem wiele a wiele razy o tem, co myślą i mówią o nas obcy, przyjeżdżający w celach turystycznych, a co gorsza (bo w większej liczbie) przybywający na zjazdy i parady sportowe. Śmiem twierdzić, że spostrzeżenia tych obcych na polu higjeny naszych uzdrowisk i miast więcej nam przyniosły szkody w opinji zagranicy, aniżeli przynoszą pożytku wszystkie nasze asy sportowe razem wzięte.

---

[1]) Dzisiaj propaguje się budowę drewnianych domów nawet w miastach.

Dr. Edward EHRENPREIS, lekarz zdrojowy. Krynica.

Sprawa kuchni dietetycznej w naszych uzdrowiskach.

Dla utrzymania ciała w należytym stanie konieczne są odpowiedne ilości pożywienia, o odpowiednim składzie. Podczas gdy jednak oba te czynniki u człowieka zdrowego ujęte są w pewne normy, to u chorego zmuszeni jesteśmy poczynić różne zmiany co do ilości, składu i stosunku pojedyńczych składników pożywienia, czyli musimy mu przepisać specjalną dietę, zastosowaną do cierpienia.

Zdrowy może zjeść, co mu kuchnia przygotuje, choremu zaś musi ona to przygotować, co mu zjeść wolno, musi więc być bardziej osobista czyli indywidualna. Lekarz może choremu pewną dietę przepisać, kuchnia natomiast musi ją ściśle wykonać, a nadto powinna się starać podać ją w takiej formie, aby chory nie odczuwał jej jednostajności. Wymaga to od kierowników kuchni dużo doświadczenia, znajomości techniki gotowania, przyrządzania i wyboru potraw, a nadto pewnego poczucia osobistej odpowiedzialności.

Są bowiem choroby, których leczenie nie da się pomyśleć bez odpowiedniej diety (np. choroby przewodu pokarmowego), nawet takie, u których ona rozstrzyga nietylko o przebiegu samego cierpienia, ale o życiu chorego, (np. cukrzyca, choroby nerek).

Przeważnie chodzi o choroby przewlekłe, połączone często z innemi niedomaganiami, dla których wskazane jest leczenie zdrojowo-kąpielowe. Dlatego też chorych takich chętnie wysyłamy do zdrojowisk tem bardziej, że łatwiej przeprowadzić leczenie w spokoju, zdala od zajęć i trosk codziennego życia, z zastrzeżeniem jednak, że znajdą tam wszystkie warunki sprzyjające leczeniu danego cierpienia. Najlepsze bowiem powietrze, znakomite zdroje i świetne kąpiele nie wystarczą tam, gdzie rozstrzygającą rolę odgrywa dieta. Oba te czynniki muszą się uzupełniać.

Zdrojowiska zagraniczne zrozumiały już dawno doniosłe znaczenie dietetyki leczniczej. Marjenbad, Kissingen czy Karlsbad stały się sławne w całym świecie nietylko przez swoje zdroje, ale w znacznej mierze przez to, że tam w najmniejszej nawet restauracji, niemal w każdym domu, każdy kuracjusz bez wyjątku może się odżywiać ściśle według przepisu ordynującego lekarza.

Nasze zdrojowiska nie okazały należytego zrozumienia dla tej sprawy, mimo że ona tyle razy była poruszana i omawiana przez lekarzy na licznych zjazdach, w różnych pismach i przy każdej nadarzającej się sposobności. Wspomnę tu o artykułach Dr. St. L e w i c k i e g o (Krynica), na łamach „Przeglądu Zdrojowego", zesz. III. z r. 1926 i w „Pamiętniku Polsk. Tow. Balneol."

z r. 1929 (str. 65), w których wskazuje na zupełną niemożliwość przeprowadzenia jakiegokolwiek leczenia dietetycznego w naszych zdrojowiskach i zastanawia się nad sposobami poprawy tych stosunków. Niemniej wyraźnie pisał o tem Dr. S. Edelmann (Truskawiec) w „Pamiętniku Polsk. Tow. Balneol." z r. 1927, str. 56. W bardzo energicznym tonie domagał się poprawy tych fatalnych stosunków Dr. Józef Mayer (Krynica) w art. „Warunki dla leczenia dietetycznego w naszych zdrojowiskach" ogłoszonym w „Pamiętniku Polsk. Tow. Balneol." z r. 1928, str. 115, przestrzegając miarodajne władze, że w przeciwnym razie mowy być nie może o dalszym rozwoju zdrojowisk. W artykule moim „Zasady leczenia cukrzycy w zdrojowiskach ze szczególnym uwzględnieniem Krynicy" ogłoszonym w Pol. Gaz. Lek. Nr. 21 z r. 1930 wskazuję również na wielkie trudności z jakiemi walczyć musi lekarz zdrojowy, aby umożliwić pacjentom przeprowadzenie tak ważnej w tej chorobie diety.

Wszystkie te nawoływania, wskazówki i rady nie znalazły wówczas należytego oddźwięku w sferach miarodajnych, a jeżeli od tego czasu zaznaczyła się pewna poprawa, to tylko dzięki prywatnej inicjatywie i umowach lekarzy z niektóremi pensjonatami, które zgodziły się poczynić pewne ustępstwa w niektórych przypadkach na rzecz przepisanej diety. Stan taki nie mógł jednak wystarczyć, szczególnie odkąd przypływ kuracjuszów do naszych zdrojowisk z powodów gospodarczych stale wzrasta i od kiedy one równomiernie z tem zjawiskiem wyszły z ciasnego koła dotychczasowych wskazań leczniczych, wykazując, że pod względem klimatyczno-zdrojowo-kąpielowym zupełnie nie ustępują najsławniejszym nawet zdrojowiskom zagranicznym. W tem leży właśnie tragedja położenia, z jednej strony znakomite środki lecznicze, w jakie natura bogato wyposażyła nasze zdrojowiska, z drugiej zaś pewna obojętność ich właścicieli i brak organizacji, która pozwoliłaby środki te uzupełnić leczeniem dietetycznem zjeżdżających kuracjuszów.

Poprawa, która zaznaczyła się do pewnego stopnia w ostatnich dwóch latach, ma obecnie wielkie widoki szybkiego i znacznego postępu, jako też radykalnej zmiany, o ile czynniki miarodajne, a przedewszystkiem władze centralne zechcą energicznie wystąpić w myśl zasady, że każda poprawa, o ile nie postępuje naprzód, oznacza cofanie się wstecz.

W Krakowie powstała mianowicie szkoła hotelarska, w programie której nauka o kuchni dietetycznej znalazła specjalne uwzględnienie. Wykształceni w tej szkole dietetycy i dietetyczki stanowić mogą bardzo dobry materjał na instruktorów dietetycznych. Ponadto istnieje w Warszawie szkoła pielęgniarska, w której również kształcą dietetyczki na wzór niemieckich sióstr dietetycznych *(Dietschwestern)* [1]. Odpowiednich sił obznajomionych z dietetyką lekarską będzie więc dosyć, a tem samem odpada największa trudność, jaką zasłaniały się dotychczas czynniki miarodajne.

Najprostszą drogą prowadzącą do szybkiej i radykalnej poprawy powyżej nakreślonych stosunków byłoby, gdyby czynniki miarodajne zmusiły właścicieli czy dzierżawców pensjonatów i restauracyj do przyjmowania na kierowników kuchni, najlepiej może za pośrednictwem odnośnych Zarządów zdrojowych, dietetyków albo dietetyczki wykształcone w powyższych instytucjach. Pensjonaty zaś, które nie chciałyby się do tego zastosować, otrzymałyby zezwolenie tylko na wynajem pokojów bez utrzymania. Restauracje musiałyby zasadniczo prowadzić kuchnię dietetyczną, pod kierunkiem sił kwalifikowanych, ale nietylko na papierze, jak to dotychczas się dzieje, nawet w restauracjach rządowych Domów Zdrojowych, lecz pod surowemi rygorami w razie najmniejszej skargi ze strony kuracjuszów.

Zarządy zdrojowe mogłyby ewentualnie dla wzbudzenia konkurencji udzielić pensjonatom, które zastosują się do powyższego zarządzenia, miano „Zakład dietetyczny" w odróżnieniu od tych pensjonatów, które nie zastosują się do takiego zarządzenia.

Albo wreszcie idąc za radą Prof. Dr. L. Korczyńskiego możnaby stworzyć rodzaj instruktorów kucharskich, wyszkolonych w odnośnych instytucjach, którzyby za pośrednictwem zarządów zdrojowych przyjeżdżali na koszt właściciela pensjonatu lub restauracji i kształcili miejscowe siły kucharskie w dietetycznem gotowaniu. Jaką drogę wybiorą miarodajne sfery, wszystko jedno, byleby działały szybko i energicznie.

Jeżeli władze centralne, które same są właścicielami największych zdrojowisk polskich (Krynica i inne) zmuszają swych obywateli do leczenia się w zdrojowiskach krajowych, to muszą im równocześnie stworzyć odpowiednie warunki lecznicze, o ile w przeciwnym razie przy najbliższej sposobności otwarcia barjer paszportowych instynkt samozachowawczy skieruje chorych do gremjalnego wyjazdu zagranicę.

Miejmy nadzieję, że władze centralne względnie wszystkie bez wyjątku zarządy zdrojowe okażą zarówno w interesie chorych jak i swoim należyte zrozumienie dla wyżej poruszonej sprawy i wydadzą zarządzenia, któreby w odniesieniu do kuchni dietetycznej usunęły ciągle powtarzające się jeszcze skargi i narzekania kuracjuszów, umożliwiły lekarzom zdrojowym należyte spełnienie ich zadania i postawiły nasze zdrojowiska na tej wysokości, na jakiej one ze względu na swe znakomite naturalne warunki lecznicze stać powinny.

[1]) Wyszkolenie dietetyczne otrzymują również studentki szkół gospodarczych, jak np. Głównej Szkoły Gospodarczej w Snopkowie pod Lwowem (Przyp. Red.).

Dr. Alfred JANIK. Iwonicz.

Oszczędne i racjonalne korzystanie z bogactw przyrody w zdrojowiskach.

Z Sanatorjum Zw. Kas Chorych „Excelsior".

Zdrojowiska w Małopolsce chętnie stosują kąpiele borowinowe, pobierając za nie wysokie opłaty, ponieważ koszta ich sporządzania i przygotowania są znaczne.

Nie mam zamiaru w tym krótkim artykule omawiać korzystnych właściwości kąpieli borowinowych, chcę tylko zwrócić uwagę Zakładom zdrojowiskowym i Kolegom praktykującym w zdrojowiskach na fakt, że sama borowina użyta w formie owijań jest znacznie mniej kosztowna a w skuteczności kąpielom nie ustępuje i niejednokrotnie nawet je przewyższa.

Owijania takie wprowadziłem w Sanatorjum Zw. Kas Chor. w Iwoniczu, a wyniki lecznicze, jakie uzyskałem skłoniły mnie do krótkiego omówienia sposobu wykonania oraz związanej z tem organizacji pracy.

Używamy borowiny dobrze przesianej, przeciętnie na jedno owijanie 10 kg materjału w stanie suchym (przeciętna wzięta z 1000 wykonanych owijań ogólnych i częściowych). Borowinę rozrabiamy wodą mineralną lub zwyczajną nadając jej taką gęstość, by przy owijaniu nie rozpływała się i ciepłotę ponad 50^0 (do zabiegu używamy ciepł. 42—50^0). W ten sposób przygotowana borowina zachowuje ciepłotę bardzo długo.

W kabinach układamy miękkie leżaki stojące obok siebie wolno lub w boksach z dostatecznym dostępem. Na leżaku kładziemy koc wojłokowy (2 m × 1.80 m), na nim ceratę o nieco mniejszych wymiarach, następnie prześcieradło z grubego ale dostatecznie gęstego płótna. Na tem się kończy przygotowanie do zabiegu. Dodam jeszcze, że przy każdym leżaku znajdują się worki gumowe z zimną wodą (lub doprowadzony jest na wysokość każdego leżaka rurociąg z zimną wodą, połączony z aparatami Leitera).

Na prześcieradle szybkim ruchem rozciera się borowinę na przestrzeni odpowiadającej wielkości chorego, jeśli chodzi o owijanie ogólne lub w pewnych tylko miejscach przy zabiegu miejscowym. Chory kładzie się; następuje ułożenie warstwy borowiny na przedniej powierzchni ciała i szczelne owinięcie trzywarstwowe (prześcieradło, cerata i koc). Na głowę lub serce otrzymuje chory zimny okład.

Zabieg trwa 10—15—20 min., nagrzanie jest zwykle znaczne; przy zabiegach ogólnych należy zwracać uwagę na zachowanie się chorego.

Po skończonym zabiegu następuje zmycie pod natryskiem. Reakcja skórna jest zwykle bardzo żywa.

Kalkulacja owijań borowinowych wypada bardzo korzystnie; wydatek nie przekracza jednej ósmej kosztów kąpieli borowinowej. Oprócz oszczędności na materjale, oszczędza się również na organizacji pracy i na czasie. Jako przykład przytoczę dane tutejszego Sanatorjum: w 4-ch kabinach borowinowych wykonuje się w ciągu 1 godziny zaledwie 4 kąpiele, czyli w ciągu przedpołudnia 24 a przy najlepszej sprawności 30 kąpieli. W tej samej przestrzeni wykonujemy w ciągu 6 godzin 80 owijań. Pociąga to za sobą dalsze oszczędności w opale, oświetleniu i t. d.

Druga sprawa tyczy stosowania kąpieli kwasowęglowych w zdrojowiskach, posiadających alkaliczne wody mineralne z małą ilością wolnego CO_2.

Zdrojowiska te są skazane na stosowanie sztucznych kąpieli CO_2 impregnowanych lub chemicznych. Pierwsze wykazujące stosunkowo dobre działanie w porównaniu z naturalnemi, są kosztowne i niewygodne przy licznej frekwencji; poza tem wymagane nasycenie mineralnej wody alkalicznej kwasem węgl. jest trudne do uskutecznienia.

Chemiczne są również kosztowne, a co do działania ich, to odbiega ono daleko od naturalnych. Wielką ich wadą jest burzliwe

wydzielanie się CO_2 przy zmieszaniu kwasu nieorganicznego (kw. solny) względnie organicznego z sodą w pierwszych minutach a szybko słabnące w następnych, wskutek czego chory rozpoczynając kąpiel wdechuje dużą ilość bezwodnika, zgromadzonego ponad poziomem wody. Układanie się pęcherzyków na skórze jest w tym sposobie nierównomierne powierzchniowo i pod względem wielkości pęcherzyków. W naturalnej kąpieli CO_2 odbywa się wydzielanie pęcherzyków równomiernie w czasie i przestrzeni, przyczem pęcherzyki nie są tak duże, jak w sztucznej i z łatwością utrzymują się na powierzchni skóry.

Wykorzystując obecność bezwodnika węglowego związanego w wodzie mineralnej, zwalniamy go dodając do kąpieli 450—500 g kwasu solnego (jeszcze lepiej 1 litr rozcieńczonego do połowy wodą by zmniejszyć ostrość woni) lub odpowiednią ilość kwasu organicznego, (jaką zawierają fabryczne paczki sztucznych kąpieli). Obserwacje nasze wykazały, że tutejsza woda mineralna zadana kwasem solnym naśladuje naturalną kąpiel CO_2. Równomierne wydzielanie bezwodnika odbywa się długi czas, w każdym razie ponad 1 godzinę, (wkrótce zostanie ogłoszona drukiem praca z dokładnemi badaniami nad działaniem omówionych kąpieli na narząd krążenia).

Zdrojowiska posiadające podobne wody mineralne jak Iwonicz powinny stosować te. zbliżone do naturalnych, kąpiele kwasowęglowe; zysk materjalny i leczniczy w porównaniu z kąpielami impregnowanemi a zwłaszcza chemicznemi jest widoczny.

Podając ten sposób przyrządzania kąpieli kwasowęglowych proszę Kolegów, którzy je zastosują, o szczegółowe wypowiedzenie swych uwag.

Dr. Leon SZAJEROWICZ. Krynica.

Kilka słów o stosunku lekarza ordynatora do lekarza zdrojowego.

Stosunek lekarza domowego do lekarza zdrojowego ujęty został w pewien kodeks zwyczajowy przez Wydział Klimatobalneologiczny Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego w roku 1913.

Obecnie lekarz domowy w dawnem tego słowa znaczeniu nie istnieje, można więc mówić o stosunku lekarza, kierującego swego pacjenta do zdrojowiska, powiedzmy lekarza ordynatora do lekarza zdrojowego.

We wspomnianym wyżej kodeksie stosunek ten ujęty został w ten sposób, że nakreślenie szczegółowego leczenia w zdrojowisku należy do lekarza zdrojowego, zalecenia lekarza ordynatora mogą być tylko ogólne. Po skończonej kuracji lekarz zdrojowy może odjeżdżającemu pacjentowi co najwyżej udzielić koniecznych ogólnych rad co do zachowywania się w najbliższej przyszłości i polecić winien zgłosić się do lekarza ordynatora. Kodeks ten żadnych wątpliwości nie nastręcza, i zdawałoby się, że sprawa stosunku lekarza ordynatora do lekarza zdrojowego dla każdego jest sama przez się jasna i nie wymaga szczegółowego omawiania, praktyka jednak, niestety, wykazuje, że koniecznem jest powrócić do omówienia tego stosunku, który pozostawia wiele do życzenia.

W ostatnich czasach wciąż częściej spotykam pacjentów, którzy przyjeżdżają z gotowym przepisem leczniczym na cały czas pobytu w zdrojowisku, nakreślony ręką poważnych lekarzy ordynatorów.

Leczenie bodźcami kąpielowemi to nie jest jakiś niewinny, obojętny środek terapeutyczny bez wpływu na stan fizyczny i psychiczny chorego. Przeciwnie leczenie to wymaga stałej obserwacji pacjenta, bodźce kąpielowe muszą być w odpowiedni sposób stopniowane. Rola lekarza zdrojowego głównie też polega na tem, że może on obserwować swego pacjenta i w zależności od działania bodźców kąpielowych wzmocnić lub złagodzić siłę takowych, ewentualnie przerwać na pewien czas leczenie kąpielami.

Lekarz zdrojowy lepiej od lekarza ordynatora obeznany jest z działaniem wszystkich środków leczniczych, jakiemi dane zdrojowisko rozporządza. Nie można nakreślać na kilka tygodni leczenia kąpielowego, którego działania zdala przy najlepszej chęci obserwować i śledzić nie można. Taka zgóry na kilka tygodni zakrojona ordynacja może niekiedy pacjentowi wyrządzić wielką krzywdę.

Nawet i w tych przypadkach, w których ordynator uważa kąpiele za przeciwwskazane lub zbyteczne, a wysyła pacjenta swego do zdrojowiska celem wypoczynku, wskazanem jest, by chory znajdował się pod opieką lekarza zdrojowego. Leczenie zdrojowo-kąpielowe w najszerszem tego słowa znaczeniu obejmuje nietylko leczenie kąpielami, jest ono poniekąd leczeniem sanatoryjnem, wymagającem obserwacji lekarskiej. Wielkie znaczenie posiada też kontakt psychiczny między kuracjuszem i lekarzem zdrojowym.

Dobry wynik kuracji często zależny jest od tego. *„Les bons médecins font les bonnes eaux"*. Wiele prawdy jest w tem przysłowiu! Naturalnie, wszelkie wskazówki ordynatora, tyczące się choroby pacjenta, a również indywidualności oraz jego stanu duchowego i cielesnego są bardzo pożądane dla lekarza zdrojowego. Ordynator, znający dłużej pacjenta, a nieraz i jego otoczenie, znający niekiedy jego warunki życiowe, łatwiej się w tem wszystkiem orjentuje od lekarza zdrojowego. To też współpraca lekarza ordynatora z lekarzem zdrojowym posiada pierwszorzędne znaczenie i przyczynia się bardzo do powodzenia kuracji.

Dr. Teodor CYBULSKI. Rabka.

Leczenie klimatyczne i zdrojowe gruczołów wnęki płucnej.

Od niespełna 10-ciu lat, kiedy w artykułach: „Leczenie klimatyczne kąpielowe i zdrojowe zołzów", „Zdrojowisko Rabka" — „Podstawowe wskazania leczenia w Rabce" [1]), podkreślałem wbrew sceptycznemu ówczesnemu zapatrywaniu nauki doświadczalnej swoiste działanie tak klimatu jak i solanki jodobromowej w Rabce, wiele się zmieniło w zapatrywaniach naukowych, odnośnie do swoistości działań czynników klimatycznych i zdrojowych.

Nietylko, że nauka ścisła stała się mniej sceptyczną wobec doświadczeniem stwierdzonych wpływów i zadziałań swoistych pewnych bodźców klimatycznych i balneologicznych, ale częściowo ich fizjologiczne i biologiczne działanie — wytłumaczyła i uzasadniła.

Więcej odnosi się to do działania czynników balneo-terapeutycznych a mniej do czynników klimatycznych, z powodu większych trudności badania doświadczalnego tychże, aczkolwiek i w tym kierunku dużo się obecnie usiłowań widzi. Mało się zrobiło w tej dziedzinie u nas z powodu braku ścisłych pomiarów meteorologiczno-klimatycznych w zdrojowiskach, i dlatego skazani jesteśmy narazie w ocenianiu klimatycznych własności naszych zdrojowisk i uzdrowisk na kierowanie się doświadczeniem miejscowem i osobistem w stosowaniu czynników, jakiemi w danej miejscowości rozporządzamy.

Dziś już i badacze przyznają istnienie pewnych własności klimatycznych swoiście miejscowych, nawet w tem znaczeniu, że miejscowości blisko siebie położone o równem wzniesieniu i podobnych warunkach terenowych mogą mieć różne wartości lekarsko-klimatyczne. Bo przez klimat w znaczeniu lekarskiem rozumiemy zespół czynników fizykalnych, które na zdrowy jak i na chory ustrój pewne określone i mniej więcej stałe działania wywierają.

Dziś mogąc pracować w warunkach sanatoryjnych, gdzie obserwacja jest ściślejsza i wolna od ubocznych wpływów, utwierdzam się tem więcej w wypowiedzianem ongiś przekonaniu. Doświadczenie to oparte na wynikach, a więc na skutku zadziałań bodźców klimato-balneologicznych daje możność ułożenia pewnych zasad właściwego zużytkowania tychże czynników.

Niewątpiwie w najbliższej przyszłości będziemy mogli oprzeć nasze doświadczenia na ścisłych pomiarach meteorologiczno-klimatycznych.

Zespół czynników leczniczych w naszem zdrojowisku ukształtował się dzięki ułożeniu czynników klimatycznych górskich i czynników solanki jodobromowej w ten sposób, że rozporządzamy całym zasobem bodźców potrzebnych do leczenia schorzeń konstytucjonalnych o różnych podłożach. Niemniej jednak najliczniejszym materjałem w naszem leczeniu są osobniki ze schorzeniami gruczołów chłonych, a w olbrzymim odsetku gruczołów chłonnych wnęki płucnej. Jak powszechnie wiadomo, dotyczy to przeważnie organizmów młodocianych zmagających się z zakażeniem gruźliczem czyto poprzednio zupełnie zdrowych, czy też co znacznie częściej obarczonych skazą limfatyczną, czy też wbrew oświadczeniu się Pirqueta skazą wysiękową.

Znane ogólnie schorzenie gruczołów wnękowych możnaby ze względów praktycznych podzielić na dwie grupy. Grupa pierwsza: to osobniki poprzednio konstytucjonalnie normalne, które po zakażeniu się zdradzają mniej lub więcej zaznaczone objawy schorzenia, dającego się stwierdzić najczęściej dopiero Roentgenem, jako schorzenia wnęk płucnych. Grupa druga: to ustroje usposobione do łatwiejszego przyjęcia zakażenia gruźliczego i trudniejszej walki z istniejącem zakażeniem. Są to osobniki ze skazami konstytucjonalnemi, u których objawy wnękowe wikłają się z objawami skazowemi.

[1]) Polska Gazeta Lekarska 1926. Nr. 18. Przegląd Zdrojowo-kąpielowy.

Co do sposobu oddziaływania na zakażenie dadzą się ustalić znów pewne typy: typ pierwszy to osobniki, które poza zatrzymaniem prawidłowego rozwoju, wyraźnych objawów istniejącego zakażenia gruźliczego nie zdradzają.

Główne objawy to brak łaknienia, spadek na wadze, niedokrewność, łatwe męczenie się, niezawsze podwyżki ciepłoty i wieczorne pocenie się. Zdjęcia rentgenologiczne i próba tuberkulinowa sprawę wyjaśnia. Typ drugi wykazuje oprócz wymienionych objawów lub bez nich wyższą skłonność do stanów podgorączkowych, skłonność do tak zwanych zaziębień z wyższemi ciepłotami.

U tych osobników poza zmianami w obwodowych gruczołach chłonnych, przewlekłemi zmianami przerostowemi, i zapalnemi w narządach jamy nosowo-gardzielowej, badanie kliniczne i rentgenologiczne stwierdza zajęcie gruczołów wnękowych często w niezbyt wydatnym stopniu. W typie trzecim na pierwszy plan wybijają się poważne zmiany w zakresie gruczołów chłonnych klatki piersiowej, sprawy około-gruczołowe, schorzenia następowe, jak ogniska pozapalne, wysięki lub zrosty. Są to przypadki stojące już na granicy gruźlicy płucnej, różniące się jednak stale ujemnym wynikiem badań w kierunku obecności prątków gruźliczych w plwocinie, dalszym przebiegiem i zdolnością zupełnego odnawiania się tkanki płucnej.

*

Leczenie klimatyczne tych postaci początkowej gruźlicy musi być dostosowane, nietylko do jakości schorzenia, stanu chorego i objawów klinicznych, ale także do sposobu oddziaływania na stosowane bodźce i odpowiednio do tego doraźnie zmieniane. Zasadniczo stosujemy początkowo leczenie klimatyczne, oszczędzające przechodząc zwolna w miarę właściwego odczynu do leczenia ćwiczebnego. Chorzy gorączkujący, niedokrewni lub wycieńczeni winni prowadzić leczenie wyłącznie oszczędzające, a więc oprócz wydatnego leczenia wypoczynkowego, unikać bezpośredniego nasłoneczniania się korzystając jedynie z promieni rozprószonych. Przy takiem właśnie postępowaniu chory szybciej poprawia ukrwienie, łaknienie i wagę, tracąc lub obniżając skłonność do gorączek. Chorzy niegorączkujący, o ile stan ich ogólny na to pozwala, mogą szybciej przechodzić do leczenia ćwiczebnego. Miernikiem jest w tych wypadkach samopoczucie się, poprawa cery, wagi i wzmożona odporność.

Po przejściu w formę nieczynną stopniowo stosuje się leczenie ruchowe i słoneczne, przyczem, jak to już obecnie ogólnie wiadomem być powinno, dawkowanie słońca musi być stopniowane i oględne.

Kierowanie sie wyłącznie gorączką, szczególnie w wypadkach dłuższego utrzymywania się tejże, w miernym i że się tak wyrażę ustalonym stopniu, po ustąpieniu innych objawów, nie jest mojem zdaniem właściwe, gdyż wiemy z doświadczenia, że stany podgorączkowe miernego stopnia (do 37.3°), utrzymują się w niektórych wypadkach bardzo długo, jeszcze wtedy, kiedy ustąpienie wszystkich innych objawów i obraz rentgenologiczny raczej przemawiają za ustaniem sprawy czynnej w gruczołach.

W tych przypadkach tem śmielej przychodzimy do leczenia ćwiczebnego, jeżeli podwyżki nie są stałe i co dla tych okresów jest charakterystyczne związane z wpływami barometrycznemi, ruchem lub wzruszeniem. Są to przeważnie krótkotrwałe podwyżki, nie dające poza termometrem, żadnych innych objawów niedomagania. Szczególnie częstem jest przeciąganie się takiego stanu u osobników neuropatycznych, którzy w schorzeniach konstytucjonalnych duży stanowią odsetek.

W tych właśnie wypadkach i w tym okresie przesunięcie leczenia klimatycznego, ewentualnie nawet ku leczeniu balneologicznemu, przyśpiesza niewątpliwie wyleczenie i prowadzi wcześniej niż leczenie czysto wyczekujące do powrotu do zwykłego sposobu życia.

Poprawa stanu ogólnego, wagi, ustąpienie gorączek i innych objawów towarzyszących stanowi czynnemu sprawy gruczołowej, nie świadczy jeszcze o ustąpieniu zakażenia utajonego, przeciwnie, nawet po upływie dłuższego okresu utajenia, czyto na skutek przypadkowego zachorowania (choroby zakaźne), czy złych warunków bytowania, sprawa gruczołowa, może się uczynnić. Jest to wskazówką, że chcąc uzyskać zupełne zakończenie sprawy gruczołowej, nie należy się zadawalać uzyskaniem doraźnej poprawy.

W rzadkich niestety przypadkach, w których chory może sobie pozwolić na dostatecznie długie leczenie, dochodzi się do wyników stanowczych, przeważnie jednak, po uzyskaniu pewnej poprawy, chory leczenie przerywa.

Jednak i taki sposób leczenia, acz później prowadzi do wyniku, jeżeli leczenie klimatyczne będzie dostatecznie często powtarzane (dwa razy do roku kilka miesięcy). Czekanie cały rok na powtórzenie leczenia klimatycznego jest niewłaściwem, gdyż najczęściej odporność uzyskana przez krótkotrwałe leczenie klimatyczne nie wystarcza na tak długą metę, — sprawa gruczołowa uczynnia się i trzeba zaczynać leczenie od początku.

Ważnem dla młodzieży w wieku szkolnym jest zagadnienie nauki. Doświadczenie moje z czasów prowadzenia lekarskiego tutejszych Zakładów leczniczo-naukowych wykazuje, że przy stanach czynnych należy początkowo zwolnić od wszelkiej nauki, a dopiero po uzyskaniu pewnego stopnia poprawy, można zacząć nauczanie — przy dalszem leczeniu klimatycznem. Początkowe łączenie leczenia i nauki nie daje najczęściej wyników w obu kierunkach, bo uczeń chory nie może dać tego nakładu pracy, jakiego nauka od niego wymaga, tracąc równocześnie korzyści leczenia klimatycznego wskutek wyczerpywania się.

Obecne urządzenia lecznicze w Rabce dają sposobność do właściwego pełnego leczenia się. Chorzy w okresach czynnej sprawy gruczołowej winni się leczyć wyłącznie sanatoryjnie, a dopiero po uzyskaniu stanu nieczynnego i poprawy ogólnej przejść do zakładów naukowo-leczniczych, gdzie mogą prowadzić leczenie dostatecznie długie i uczyć się odpowiednio do swego stanu zdrowia i sił.

Chorzy tacy po upływie dostatecznego (2 do 3 letniego) leczenia wracali do normalnej nauki szkolnej, w miejscu zamieszkania bez nawrotów sprawy gruczołowej.

*

Niewątpliwie jednym z ważnych warunków leczenia się jest podniesienie łaknienia, a tem samem przyrostu na wadze, początkowo nawet u tych chorych, u których skądinąd, z powodu złej przemiany materji osiąganie wyższych przyrostów nie jest wskazane. Ponieważ duży odsetek stanowią chorzy ze skazą wysiękową, nierzadko acetonemją, uwzględnianie tychże przy odżywianiu tuczącem jest obowiązkiem, warunkującym poprawę stanu ogólnego. Natomiast żywienie bezsolne mało zdaje się dawać możności większych korzyści leczniczych, a zato utrudnia odżywienie, obniżając łaknienie. Szczególnie u skazowców jest trudne do przeprowadzenia, gdyż ułożenie żywienia bezsolnego i niedrażniącego ogranicza wybór potraw.

Natomiast żywienie bezsolne jest czasowo uzasadnione przy zespołach gruczołowo-miedniczkowych, które szczególnie u dziewczynek dość często się zdarzają. Przy błahych objawach miedniczkowych niema powodu upierać się przy ściśle bezsolnem żywieniu. Że sprawa przyrostu na wadze jest nieodzownym warunkiem poprawy, stwierdzić możemy łatwo, porównując krzywe wagi i ciepłoty, prawie bez wyjątku równoległe. Spotykając się z przypadkami schorzeń o większem nasileniu przychodzimy do wniosku, że poprawę przyrostu na wadze uzyskuje się wydatniej i łatwiej dopiero wtedy, kiedy objawy schorzenia czynnego przycichają względnie ustępują, zdarza się jednak i odwrotnie tak, że przyjąć należy obustronny wpływ.

*

W leczeniu sanatoryjnem schorzeń wnękowych przy zwróceniu uwagi w tym kierunku przyszedłem do przekonania, że w leczeniu schorzeń wnękowych baczną uwagę zwracać należy na stan jamy nosowo-gardłowej.

Tak początkowe leczenie klimatyczne jak i późniejsze leczenie ćwiczebne dostosowywać należy raczej do stanu narządów jamy nosowo-gardzielowej. Obserwacja wykazuje, że zaostrzenia prawie zawsze biorą początek w jamie nosowo-gardłowej z ewentualnem następowem przeniesieniem się na górne drogi oddechowe. Na skutek tego w leczeniu sanatoryjnem położyłem duży nacisk na równoczesne leczenie jamy nosowo-gardłowej i stosuję płókania gardła solanką, wziewanie przez nos i gardło solanki z dodatkiem leków, zależnie od tego, czy chodzi o sprawy tylko przerostowe, czy też przewlekłe sprawy zapalne, a w odpowiednim czasie stosuję nacierania solankowe w celu zahartowania i uodpornienia.

Metoda ta dała oczekiwany wynik, prawie równolegle z poprawą schorzeń nosowo-gardzielowych, następuje zmniejszona skłonność do podwyżek ciepłoty, nie mówiąc już o skłonności do tak zwanych zaziębień, które należy uważać za nawroty, biorące swój początek w przewlekłem schorzeniu jamy nosowo-gardłowej. Unikanie zaostrzeń tych odbija się bardzo dodatnio na zaleczaniu się sprawy wnękowej, choćby ona napozór była wyłączną przyczyną stanów gorączkowych.

Z tego też powodu unikamy możności napływu nowych zakażeń z tego zakresu, odosabniając świeżo przyjezdnych chorych, dopóki zdradzają sprawy zapalne jamy nosowo-gardzielowej lub wogóle górnych dróg oddechowych. Obecnie sprawa schorzeń jamy nosowo-gardzielowej u chorych wnękowych nabiera tem większego znaczenia, jeżeli uwzględni się zapatrywanie Aufrechta i doświad-

czenia Sergenta i Gaspara, że zakażenie gruźlicze narządu chłonnego płuc odbywa się nie drogą płuc a drogą narządu chłonnego, biorącego swój początek w narządach jamy nosowo-gardzielowej.

W leczeniu klimatycznem, niesanatoryjnem popełnia się dużo błędów w tym właśnie kierunku, gdyż pragnąc z miejsca, bezkrytycznie, jak najwięcej zużytkować leczenie klimatyczne, naraża się chorego na zaostrzenia, które odwlekają lub niweczą dobroczynne działanie klimatu.

Na zakończenie dodać muszę, że w naszem zdrojowisku uzupełnieniem leczenia nierzadko, po długiem leczeniu klimatycznem, jest stosowanie kąpieli solankowo-jodo-bromowych; zaznaczam jednak, że postanowienie w tym kierunku nie może być lekko traktowane lecz oparte na dokładnej znajomości przypadku, ażeby nie wywołać uczynnienia się sprawy gruczołowej. Szczególnie wskazanem jest leczenie to w wyżej wspomnianych przypadkach, w których zmiany w pierścieniu Waldenmeyera są wydatne.

Biorąc pod uwagę przedstawione ogólne zarysy leczenia klimatyczno-zdrojowego schorzeń wnękowych, nietrudno zadecydować, że leczenie to nie może być szablonowe, lecz musi się dostosowywać do formy i różnych okresów schorzenia i chwilowego stanu pacjenta.

Dlatego też n i e w s k a z a n e j e s t z e s t r o n y l e k a r z a, k i e r u j ą c e g o p a c j e n t a d o z d r o j o w i s k a, ś c i s ł e p r z e p i s y w a n i e s z c z e g ó ł o w e g o l e c z e n i a.

Lekarz miejscowy, wezwany choćby tylko z powodu zaostrzenia się objawów, znajdzie się w przykrej sytuacji odmiennego stanowiska i siłą rzeczy przyjdzie do głosu decydującego nawet wobec zaleceń wybitnej osobistości lekarza domowego, jeżeli tenże zapomni, że każda miejscowość zdrojowa ma swoje swoiste cechy i warunki, które musi znać dokładniej lekarz miejscowy, a które racjonalnie dla każdego przypadku zastosowane dają dodatnie wyniki.

T. RYMKIEWICZ. Druskieniki.

Druskieniki.

Nadniemeńskie zdrojowisko w zamierzchłych już czasach znane było ze swych źródeł słonych, używanych do warzenia soli, skąd i sama nazwa miejscowości pochodzi (Druskienikas po litewsku — warzelnia soli). Jednak dopiero w końcu XVIII stulecia zwrócona zostaje uwaga na Druskieniki jako na miejscowość leczniczą, bowiem Stanisław August poleca swemu nadwornemu lekarzowi zbadanie źródeł. Wkrótce fama o skuteczności kąpieli druskienickich powoduje zjazdy kuracjuszy z odległych nawet województw Rzeczypospolitej.

Naukowe podstawy do rozwoju zdrojowiska daje prof. Uniw. Wileńskiego F o n b e r g, ogłaszający w roku 1835 w „Wizerunkach i roztrząsaniach naukowych“ analizy źródeł i Dr. W o l f g a n g swą pracą „O wodach druskienickich“ oraz wspólnie z Ignacym K r a s z e w s k i m wydaną „Druskieniki, Szkic literacko-lekarski“. W tym też okresie powstaje pierwszy budynek łazienek, a oprócz kąpieli solankowych i picia solanek stosowane są kąpiele z błota zbieranego w sąsiedztwie licznie samobijących źródeł.

Rok 1863 przerywa normalny rozwój Druskienik. W następnych latach Druskieniki stopniowo nabierają charakteru letniskowej miejscowości, do której licznie ściągają mieszkańcy wielkich miast, zwłaszcza Petersburga, Moskwy, Warszawy i innych.

Druskieniki posiadając uznanie w społeczeństwie dla piękna swego położenia, tracą jednak zaufanie dla swych solanek, gdyż uciera się mniemanie w opinji publicznej, że skuteczną wartość leczniczą posiadać mogą solanki o silnem stężeniu, wbrew nawet otrzymanym wynikom leczniczym.

O wielkiej popularności Druskienik świadczy osiągnięta w 1913 r. frekwencja 18.600 osób.

W okresie powojennym szybko dźwigające się ze zgliszcz Druskieniki zachowują swój charakter poprzedni, wyróżniając się w tym czasie organizacją słoneczno-powietrznych kąpieli, oryginalnie pomyślanych i prowadzonych przez ś. p. Dr. E. L e w i c k ą.

Solanki, największe bogactwo naturalne Druskienik były nadal w pewnem zaniedbaniu, otrzymywano je bowiem ze stosunkowo płytko wierconych źródeł w postaci słabo zmineralizowanych, tymczasem w myśl twierdzeń geologów wiercenie na głębokość 200—300 m powinno było otworzyć macierzyste źródła znacznie bogatsze w sole. Głębokie wiercenie było nietylko warunkiem pomyślnego rozwoju Druskienik jako zdrojowiska, ale i pilną potrzebą ziem północno-wschodnich Rzeczypospolitej dla mieszkańców których, po oddzieleniu Birsztan granicą litewską Druskieniki były jedynem zdrojowiskiem umożliwiającem przeprowadzenie kuracji balneologicznej w pobliżu rodzin i warsztatów pracy.

Koniecznem również stało się dla całkowitego wykorzystania bogactw naturalnych wprowadzenie szeregu nowoczesnych urządzeń leczniczych i technicznego przystosowania zakładu do rozszerzonych zadań. Inwestycyj na taką skalę wykonać nie mógł Zarząd prywatny, którego działalność na zysk tylko była obliczona.

Wystawiony na licytację Druskienicki Zakład Zdrojowy nabyty został przez B. G. K., który następnie przekazał zdrojowisko pod zarząd Depart. Służby Zdrowia. Lata 1930/32 to okres pracy zarządu państwowego i dźwignięcia Druskienik do rzędu najlepiej urządzonych zdrojowisk solankowych. Przedewszystkiem w marcu 1931 r. potwierdzone zostały przewidywania geologów, gdyż wierceniem wykryto na głębokości 300 m źródło solankowe, którego analiza wykonana w Miejskim Zakładzie Badania Żywności w Wilnie (kier. prof. dr. A. S a f a r e w i c z) wykazała:

Wynik badania
wody mineralnej z nowowierconego źródła w Druskienikach
(Głębokość źródła 300 m)
pobranej do analizy przez Personel M. Z. B. Ż. i P. U. dnia 30. września 1931 r.

Ciężar właściwy D $15^0/15^0 = 1{,}0399$
Temperatura wody $T = + 13{,}5^0$
Sucha pozostałość przy $110^0 — 120^0$ C
(oznaczona w/g przepisu amerykańsk.).
57,3030 g/litr.

Składniki wody	Zawartość w l: Gramy	Miligram-jony	Miligram-równoważ.	Miligram-równoważ. % %
Katjony:				
Jon potasowy $K^{\cdot}$	0,7997	20,453	20,453	2,19
„ sodowy $Na^{\cdot}$	14,9750	651,170	651,170	69,69
„ wapniowy $Ca^{\cdot\cdot}$	3,1382	78,320	156,640	16,75
„ magnezowy $Mg^{\cdot\cdot}$	1,2596	52,210	104,420	11,18
„ glinowy $Al^{\cdot\cdot\cdot}$		w śladach		
„ żelazawy $Fe^{\cdot\cdot}$	0,0504	0,902	1,804	0,19
	—	—	934,5	100,00
Anjony:				
Jon chlorowy Cl'	30,8900	871,100	871,100	93,22
„ bromowy Br'	0,0411	0,514	0,514	0,05
„ jodowy J'	0,0088	0,069	0,069	0,01
„ siarczanowy SO_4''	2,2932	23,870	47,740	5,11
„ dwuwęglan. HCO_3'	0,9206	15,091	15,091	1,61
	—	—	934,5	100,00
Kw. metakrzemowego				
jako H_2SiO_3	0,1182			
jako SiO_2	0,0910			
Ogólna zawartość CO_2	0,6730			

Jak wykazuje powyższe badanie, uzyskana solanka stężeniem zbliża się do najsilniejszych źródeł w kraju (Ciechocinek).

Po dokonaniu szeregu inwestycyj Zakład Kąpielowy obecnie posiada oddziały do kąpieli solankowych dla dorosłych i dzieci, kąpiele kwasowęglowe i tlenowe na solance, piankowe, borowinowe całkowite, częściowe, oraz okłady borowinowe. Odpowiedniej wielkości leżalnie pozwalają na stosowanie kocowań po kąpielach i wygodny odpoczynek.

Z urządzeń specjalnych są w zakładzie gabinety do przepłókiwań pochwy solanką w ilości 20 do 25 l przepisanego stężenia i temperatury; w jednym z gabinetów stosuje się irygacje w kąpieli solankowej na aparacie dr. A l q u i e r z Vichy t. zw. *„douche en hamac“*, w innym zainstalowano urządzenia do przepłókiwania grubej kiszki słabą solanką na aparacie dr. B r o s c h a. Wreszcie inhalatorjum posiadające szereg sal do wziewań ogólnych solankowych, solankowo-aromatycznych i indywidualnych. Ostatnie inwestycje szczególnie rozszerzyły wskazania do leczenia w Druskienikach.

Poza tem w zakładzie mieszczą się dwa oddziały wodolecznicze zaopatrzone w katedry prof. W i n t e r n i t z a, sala natrysków według dr. Z n i n i e w i c z a, oraz dobrze wyposażony oddział elektro-światło-ciepłoleczniczy.

Poza terenem zakładu rozbudowane zostały kąpiele słoneczno-powietrzne, zakład leczniczego stosowania powietrza, słońca i ruchu im. dr. E. Lewickiej, zaopatrzony w baseny pływackie i liczne urządzenia gimnastyczne, urządzono plażę na wyspie niemeńskiej i wyremontowano kąpiele kaskadowe na Rotniczance. Wzniesiona nad brzegiem Niemna „Pijalnia“ zaopatrzona jest obok „solanki druskienickiej“ w obce wody mineralne. Nad dalszym pomyślnym

rozwojem zdrojowiska czuwa Rada Naukowa złożona z zaproszonych profesorów Uniwersytetu Wileńskiego.

W zbiorowem opracowaniu członków Rady i lekarzy Zakładowych pod tytułem „Druskieniki, zdrojowisko nad Niemnem“ znajdą czytelnicy szczegółowy opis Druskienik i ich wartości leczniczych.

Dr. Henryk DŁUGOSZ, asystent Kliniki. Lwów.

Badania nad naturalną morszyńską wodą gorzką ze zdroju „Bonifacego“ i jej wskazania lecznicze.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman R e n c k i.

W ostatniem 25-leciu ubiegłego wieku i w pierwszych latach obecnego stulecia ukazało się kilka prac o Morszynie (D z i k o w s k i, K o r c z y ń s k i S., T a t a r c z u c h, H o f f, J a w o r s k i W. i F l i s K.). Przez dłuższy czas tylko wskazywano w prasie lekarskiej i codziennej na niewłaściwość używania zagranicznych wód gorzkich, gdy używanie wody gorzkiej morszyńskiej malało. Od r. 1903 do 1907 spadł przywóz wody morszyńskiej do Królestwa z 900 na 300 flaszek rocznie, „gdy obcych wód gorzkich, od morszyńskiej nielepszych, sprowadzano po 50.000 butelek rocznie!“ (K u c h a r z e w s k i). Zapominała publiczność, a przedewszystkiem zapominali lekarze, „że mamy też znakomitą wodę gorzką w Morszynie, która jest do tego własnością Towarzystwa Lekarskiego i stanowi fundusz wdów i sierót po lekarzach — ale rozchodzi się bardzo skąpo po świecie..., bo jej nie zapisujemy“ (E l j a s z-R a d z i k o w s k i). W roku 1909 poświęciło Lwowskie Towarzystwo Lekarskie osobny wykład informacyjny o Morszynie (H i n z e), mimo to jednak czyta się nadal w przedwojennych rocznikach polskich pism lekarskich dość liczne notatki o zagranicznych wodach gorzkich, zaś ani jednej wzmianki o wodzie morszyńskiej.

Dopiero po wojnie światowej ukazują się artykuły propagandowo-informacyjne, poświęcone polskim zdrojowiskom wogóle (W a s o w i c z Z., P e l c z a r Z., K o r c z y ń s k i L., S z m u r ł o J., S a w i c k i B., Ż u l i ń s k i E., O r ł o w s k i W., G a n t k o w s k i P.), wzmiankujące o Morszynie, bądź wyłącznie Morszynowi poświęcone (O f f e n b e r g J., D y d y ń s k i L., J a n k o w s k i J.), a potem chronologicznie prace doświadczalne, kliniczne i na podstawie spostrzeżeń zdrojowych: A l l e r h a n d a, O f f e n b e r g a, K m i e t o w i c z a Fr. mł., K o s k o w s k i e g o, K o s k o w s k i e g o i K u b i k o w s k i e g o, E i c h l a, D ł u g o s z a. S o k o ł o w s k i e g o.

Na podstawie tych właśnie prac z ostatniego dziesięciolecia omówię pokrótce wpływ naturalnej morszyńskiej wody gorzkiej ze zdroju „Bonifacego“ (w. m.) na ustrój ludzki i podam wskazania, jakie cierpienia leczą się najlepiej w Morszynie.

Najwięcej zajmują się prace wpływem w. m. na przewód pokarmowy. Badania E i c h l a wykazały, że w. m. po podaniu jednorazowem i dłuższem stosowaniu w niedokwaśności żołądka pobudza wydzielanie kwasu solnego przez anjon chlorowy, zmniejsza wydzielanie śluzu i rozrzedza go. Przeciwne jest działanie w. m. w nadkwasocie żołądka, mianowicie w. m. hamuje wydzielanie kwasu solnego, działając bezpośrednio swemi anjonami siarczanowemi i pośrednio przez usuwanie z kiszki grubej substancyj, powstałych z trawienia i gnicia, a pobudzających wydzielanie soku żołądkowego, czyli w. m. zmniejsza okres jelitowo-kiszkowy wydzielania soku żołądkowego (K o s k o w s k i). Poprawa nie ogranicza się tylko do zwiększenia względnie zmniejszenia kwasot, lecz nadto ustępują dolegliwości podmiotowe i zmiany przedmiotowe.

S o k o ł o w s k i otrzymał we wszystkich prawie przypadkach nadkwaśności i niedokwaśności po doraźnem podaniu w. m. zmniejszenie ilości kwasu solnego wolnego i znaczny spadek kwasoty ogólnej. Po 3 tygod. podawaniu w. m. w 2 przyp. nadkwaśności i 1 niedokwaśności obserwował wyraźne zwiększenie kwasoty, w 1 przyp. bezkwaśności nie stwierdził żadnego wpływu.

Woda morszyńska, wprowadzona zgłębnikiem do dwunastnicy (D ł u g o s z, S o k o ł o w s k i), powoduje zwiększenie ilości treści dwunastnicowej od 2 do 7-krotnie w porównaniu z ilością przed wlaniem w. m. W jednym z obserwowanych przeze mnie przypadków żółtaczki nieżytowej ilość treści dwunastnicowej osiągnęła w ciągu godzinnej obserwacji 827 cm³. Zwiększoną ilość treści dwunastnicowej możnaby sobie tłumaczyć wprowadzeniem wody jako takiej, bądź wzmożeniem wydzielania gruczołów Brunnera i Lieberkühna. I niewątpliwie te czynniki odgrywają dużą rolę. Jeżeli się jednakowoż uwzględni, że równocześnie z ilością treści dwunastnicowej zwiększa się procentowa i bezwzględna zawartość bilirubiny w treści dwunastnicowej, wnioskować można, że dopływ żółci do dwunastnicy jest zwiększony. Zawartość bilirubiny zwiększa się od 2 do 9-krotnie, a w jednym przypadku S o k o ł o w s k i e g o zwiększyła się 200-krotnie.

W przypadku z wyciętym woreczkiem żółciowym, w przeciwstawieniu do innych moich doświadczeń w przypadkach z zachowanym woreczkiem, brak było wybitniejszych wahań ilości treści dwunastnicowej, procentowej i bezwzględnej zawartości bilirubiny. To spostrzeżenie, jako też S o k o ł o w s k i e g o z wydzielaniem żółci gęstej, ciemnej po w. m. przemawia za wpływem w. m. na opróżnianie się woreczka. Trudno jednak przypuścić istnienie bezpośredniego wpływu motorycznego na opróżnianie się woreczka żółciowego. Opróżnianie woreczka — jak stwierdzają doświadczenia — jest wynikiem zwiotczenia mięśni gładkich i wskutek tego może żółć odpływać. Badania doświadczalne na psach ze stałą przetoką żółciową (K m i e t o w i c z, D ł u g o s z) po wlaniu w. m. (wzgl. roztworu soli m.) dają wyniki różne i w obecnym stanie nie można z nich wysnuwać pewnych wniosków.

W treści dwunastnicowej zwiększa się również po wlaniu w. m. zawartość trypsyny i lipazy (D ł u g o s z, S o k o ł o w s k i). Często zwiększenie to nie idzie równolegle ze zwiększeniem ilości bilirubiny, przeciwnie, mimo spadku stężenia bilirubiny zwiększa się zawartość trypsyny i lipazy. Przemawia to, mojem zdaniem, za bezpośrednim wpływem w. m. na wydzielanie czy wydalanie soku trzustkowego, a przeciw uczynnieniu przez zgęszczoną żółć, a więc przez oddziaływanie bardziej zasadowe.

Porównanie działania wody morsz. z wodą gorzką Franciszka Józefa wypada wybitnie na korzyść wody morsz., tak co do wpływu jej na wątrobę jako też na trzustkę.

Okresowe podawanie w. m. przez 3 tygodnie zwiększa wydzielanie żółci 5-krotnie, żółć naczczo jest mniej zagęszczona niż żółć naczczo przed podawaniem w. m., zaś po wprowadzeniu do dwunastnicy bodźca dla opróżniania dróg żółciowych (100 cm³ *25% mag. sulf.)* żółć woreczkowa była 2-krotnie gęstsza niż przedtem. Jednakowoż stan taki utrzymuje się niedługo, bo kilka dni (S o k o ł o w s k i).

Ze wszystkich działań w. m. najbardziej jest znane jej działanie czyszczące, mające wielką zaletę: wypróżnienie, względnie kilka wypróżnień następuje bez bólów, bez parcia na stolec.

Według badań K o s k o w s k i e g o i K u b i k o w s k i e g o „w czasie obfitego nagromadzenia się treści w przewodzie pokarmowym dochodzi do znacznego wchłaniania produktów trawienia i gnicia i wskutek tego zwiększa się we krwi ilość substancyj, których działanie tworzy właściwości dynamiczne krwi“ (pobudzanie do skurczu macicy dziewiczej świnki morskiej, która jest tutaj biologicznym odczynnikiem). Jednem z takich ciał, powstających w czasie trawienia i gnicia w kiszce grubej jest właśnie histamina. Opróżnienie jelit posiada olbrzymi wpływ na zachowanie się właściwości dynamicznych krwi. Jak wykazały doświadczenia, po zastosowaniu czyszczącej dawki soli morszyńskiej u zwierząt i u ludzi, znikają z krwi ciała, działające na macicę dziewiczej świnki morskiej, znika więc przedewszystkiem histamina, a przez to usunięty zostaje bodziec dla nadnerczy, dla następowej hiperadrenalinemji i podwyższenia ciśnienia krwi. Zgodnie z tem założeniem spostrzegał O f f e n b e r g u kuracjuszy w Morszynie spadek ciśnienia tętniczego krwi w miażdżycy i nadciśnieniu. Woda morszyńska utrudnia wessanie i zatrzymuje w świetle jelit kwasy organiczne, przez co ogranicza gnicie w jelitach (S o k o ł o w s k i).

Zdaje mi się, że w ten sposób można uzasadnić „starzenie się z kiszki grubej“ M i e c z n i k o w a: zaleganie treści w jelicie powoduje wchłanianie do krwi histaminy, bodźca dla wydzielania adrenaliny i następowego podwyższenia ciśnienia, które może wywołać wskutek długotrwałości szybszy proces miażdżycowy i starzenie się, — może gnicie treści w jelitach też się przyczynia do starzenia.

Woda morszyńska ma więc korzystny wpływ na opróżnianie się jelit, przez co hamuje wydzielanie soku żołądkowego, zmniejszając t. zw. okres jelitowo-kiszkowy wydzielania soku żołądkowego. Wzmożone ruchy robaczkowe jelit mają też działać ssąco na drogi żółciowe, ułatwiając ich opróżnianie się.

Na przemianę spoczynkową ma w. m. wpływ nieznacznie wzmagający (S o k o ł o w s k i), wskutek zwiększenia pracy jelit i gruczołów jamy brzusznej.

Wskazania lecznicze w. m. wynikają nietylko z badań wpływu wody morsz. w klinikach i pracowniach, lecz przedewszystkiem z bezpośredniej obserwacji wpływu leczenia zdrojowego. Spostrzeżenia nad leczeniem w Morszynie w sezonie 1922 r. opisał O f f e n b e r g.

Badania doświadczalne i spostrzeżenia w czasie leczenia zdrojowego wykreślają następujące wskazania do leczenia w Morszynie i wodą morszyńską gorzką:

W. m. doskonale oczyszcza przewód pokarmowy z zaległości. Nadaje się we wszystkich przypadkach, w których konieczne jest doraźne przeczyszczenie (początek chorób zakaźnych: tyfus brzusz-

ny i paratyfus, zatrucia pokarmowe, późniejsze okresy czerwonki, gdy w jelicie gromadzą się zbite grudy kału, ku końcowi ciąży — Korczyński L.), w nawykowem zaparciu stolca o typie atonicznym do dłuższego użycia (Offenberg i inni).

Badania moje nad w. m., przeprowadzone na II. Klin. chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie, wykazały przedewszystkiem doskonały smak wody: słabo gorzki z posmakiem słonym. Chorzy nieznoszący innych wód gorzkich, pili chętnie w. m. Po $^1/_4$—$^1/_2$—1 szklance w. m. następowało za $^1/_2$—2 godziny pierwsze wypróżnienie, potem w ciągu kilku godzin jeszcze 1—2 wypróżnienia. Chorzy nie skarżyli się nigdy na boleści w jamie brzusznej, bolesne parcie na stolec i t. p., wypróżnienie następowało bez dolegliwości, po wypróżnieniu chorzy czuli się dobrze, rześko. Nawet po dłuższem stosowaniu w. m. (3—5 tyg.) nie zauważyłem żadnych ubocznych objawów.

Dłuższe używanie w. m. wskazane jest w sprawach zastoinowych przewodu pokarmowego, w guzkach krwawnicowych, które usuwa szybko i trwale, u osób pełnokrwistych (Offenberg, Orłowski i in.), skłonnych do udaru mózgu. W leczeniu otyłości Morszyn powinien zająć pierwszorzędne miejsce z powodu doskonałych wyników leczenia piciem w. m. i ćwiczeniami terenowemi (Offenberg). Trzeba jednak dodać na marginesie, że konieczna jest po leczeniu zdrojowem dalsza kuracja domowa: dietetyczno-higjeniczna.

Tak obserwacje Kliniki lwowskiej na podstawie codziennych płókań żołądka w. m. rozcieńczoną (przez 10—20 dni), jako też badania doświadczalne, przeprowadzone w klinice lwowskiej i krakowskiej, skłaniają do leczenia w. m. schorzeń żołądka, przebiegających z niedokwaśnością i obfitem wydzielaniem śluzu, nieżytów żołądka z nadkwaśnością i zaparciem stolca, które wzmaga nadkwaśność.

Wybitnie pomyślne wyniki, najczęściej po chwilowem obostrzeniu bólów, osiąga się po w. m. w skazie moczanowej (Offenberg, Orłowski i inni). Według spostrzeżeń Offenberga dodatni wpływ kuracji morszyńskiej w schorzeniach na tle dny utrzymuje się znacznie dłużej, niż trwa samo leczenie w zdrojowisku morszyńskiem.

Leczenie dny, otyłości i utrzymywanie przewodu pokarmowego w fizjologicznej sprawności wpływa pośrednio na schorzenia, powstające na tem tle, w pierwszym rzędzie na kamicę żółciową. Schorzenia dróg żółciowych i wątroby stanowią znaczny odsetek kuracjuszy w Morszynie. Leczenie morszyńskie usuwa zaparcie, usuwa wynikły stąd zastój żółci, poprawia krwiobieg w zakresie żyły wrotnej, usuwa otyłość i poprawia skazę moczanową, wpływa bezpośrednio pobudzająco na czynność wątroby. Offenberg spostrzegał w czasie leczenia zdrojowego w Morszynie w przypadkach kamicy żółciowej poprawę samopoczucia i ustępowanie bolesności w okolicy woreczka żółciowego.

Wymieniłem najważniejsze wskazania do leczenia w. m. Jednak niepoślednie miejsce zajmują jeszcze choroby narządu oddechowego (suchy nieżyt górnych dróg oddechowych, szczególnie w dnie i otyłości, rozedma płuc), pewne schorzenia serca i naczyń po przejściu stanu ostrego, kamica nerkowa, nieżyt pęcherza i miedniczek nerkowych, choroby kobiece (nieżyt pochwy, przewlekłe zapalenie macicy, zaburzenia w miesiączkowaniu, przewlekłe zapalenia jajników i jajowodów), przewlekły gościec stawowy i mięśniowy, rwa kulszowa szczególnie na tle dnawem (Offenberg, Orłowski i inni).

Z przytoczonych pokrótce badań nad wodą morszyńską gorzką i z obserwacyj zdrojowych wynika, że naturalna morszyńska woda gorzka, względnie sól morszyńska, nie ustępuje podobnym wodom gorzkim zagranicznym, lecz je nawet przewyższa.

Piśmiennictwo:

Allerhand H.: Polska Gazeta Lekarska. 1922. Nr. 34. — Długosz H.: Pol. Arch. Med. Wew. T. XI. Z. 1. — Dzikowski: Przegl. Lek. 1878. cyt. Offenberg. — Dydyński L.: P. G. L. 1926, Nr. 18. — Eichel J.: P. G. L. 1932, Nr. 1. — Eljasz-Radzikowski: Przegl. Lek. 1898, Nr. 20. — Gantkowski P.: Nowiny Lek. 1930, Z. 7. — Hinze: Lw. Tyg. Lek. 1909, Nr. 22. — Hoff B.: Przegl. Lek. 1880, cyt. Offenberg. — Jankowski J.: P. G. L. 1931, Nr. 29 i 30. — Jaworski W. i Flis K.: Przegl. Lek. 1905, Nr. 21—23. — Kmietowicz Fr. mł.: P. G. L. 1926, Nr. 18, 19, 23; 1923 Nr. 23. — Korczyński E.: Przegl. Lek. 1882, cyt. Offenberg, jednak ani w tym, ani w następnych rocznikach tej pracy nie znalazłem. — Korczyński L.: P. G. L. 1923, Nr. 46—48. — Koskowski W.: P. G. L. 1927, Nr. 43; 1932, Nr. 9. — Koskowski W. i Kubikowski P.: P. G. L. 1929, Nr. 37 i 38. — Kucharzewski H.: Przegl. Lek. 1908, Nr. 21. — Offenberg J.: P. G. L. 1922, Nr. 26 i Morszyn pod względem leczniczym, Warszawa 1923. — Orłowski W.: Nowiny Lek. 1929, Z. 1. — Pelczar Z.: P. G. L. 1923, Nr. 33. — Sabatowski A.: Klimato i hydroterapja, 1923. — Sawicki Br.: P. G. L. 1926, Nr. 18. — Sokołowski A.: P. G. L. 1933, Nr. 7 i 8. — Szmurło J.: P. G. L. 1925, Nr. 39. — Tatarczuch: Wiadomości Lek. 1886, cyt. Offenberg. — Wąsowicz Z.: P. G. L. 1922, Nr. 21. — Żuliński E.: P. G. L. 1926, Nr. 18.

W. NOWICKI. Lwów.

Nieco o Morszynie-Zdroju.

Morszyn zajmuje niewątpliwie szczególne miejsce wśród zdrojowisk polskich a to dzięki posiadaniu jedynych w Polsce źródeł soli gorzkiej, które pod tym względem stawiają go w rzędzie takich miejscowości, jak Karlsbad, Marjenbad, Kissingen, Chatelguyon i in. Stężenie solanki morszyńskiej nawet przewyższa w znacznym stopniu wody miejscowości wymienionych, bo wynosi ono 32 B. Dotyczy to przedewszystkiem źródła Bonifacego. Morszyn jest też istotnie cennym skarbem na ziemiach polskich i wyjątkowym wśród zdrojowisk polskich — niestety — jeszcze dotąd za mało zdajemy sobie sprawę z wartości tego polskiego Karlsbadu.

Mimo, że jeszcze doniedawna wielu nie znało prawdziwej wartości Morszyna - Zdroju, bo tak się on obecnie oficjalnie nazywa, to jednak solanka morszyńska znana była jeszcze w pierwszych latach XVI wieku, bo za czasów Zygmunta Starego, który w roku 1538 nawet udzielił pozwolenia królewskiego Branickim na warzenie soli morszyńskiej; okazała się ona jednak nieodpowiednią do użytku codziennego właśnie z powodu zawartości soli gorzkich, z których wartości wówczas nie zdawano sobie należytej sprawy. Nic dziwnego, że wkrótce zaniechano tego warzenia, a Morszyn i jego cenne źródła na długi czas poszły w zapomnienie.

Źródeł tych było cztery, a to najbardziej znane źródło Bonifacego, następnie Magdaleny, Bronisława i Adama. Wszystkie sięgały głęboko. Wartości źródeł morszyńskich nie znali też późniejsi właściciele Morszyna, jak Franciszek Smolka, a po nim J. Godlewski. Dopiero Bonifacy Stiller, po objęciu na własność Morszyna w roku 1875, pierwszy orjentuje się w jego wartości jako miejscowości zdrojowiskowej, robi z niego „górskie uzdrowisko klimatyczne" i buduje zakład. Przeczuwając wartość źródeł, oczyszcza on stare szachty Bonifacego i Bronisława, a niemal równocześnie z nim ówczesna Krajowa Rada Zdrowia galicyjska z Drem Biesiadeckim, zasłużonym protomedykiem na czele, zajmuje się źródłem Magdaleny, badając chemicznie jej wodę. Rada Zdrowia uznaje Morszyn za zdrojowisko i pozwala na nazwę „Zdrojowisko solankowo-borowinowe". Budują się łazienki dla kąpieli solankowych, solankowo - gazowych i znakomitych borowinowych, gdyż lasy morszyńskie zawierają bogate pokłady znanej, znakomitej borowiny. Składają się na nie dobrze utrzymane iglaste lasy morszyńskie.

Filantrop Bonifacy Stiller, dbały o przyszłość Morszyna, zeznaje w roku 1881 akt notarjalny darowizny Morszyna zdrojowiska i dóbr morszyńskich, a więc ziemi ornej i lasów, na rzecz Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, obecnie Lekarzy Polskich b. Galicji, a dochody z nich przeznacza na wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach. Tak więc zdrojowisko z zakładem, folwark z gospodarstwem rolnem i lasami staje się własnością Towarzystwa, które jednak początkowo nie rozwija należycie zdrojowiska i nie eksploatuje, jak należy, jego dóbr naturalnych — a to z braku funduszów. Tylko, w miarę sił i możności, zakład zostaje uporządkowany, a korzysta z niego stosunkowo niewielka liczba kuracjuszów. Sól, nienależycie oczyszczona i przygotowana do handlu, nie może się tak rozszerzać i zbytu zyskiwać, jak na to w pełni jej wartość nakazywałaby.

Przychodzą lata wielkiej wojny, a z niemi spustoszenie Morszyna i jego urządzeń zdrojowiskowych i dóbr samych, t. j. folwarku i do pewnego stopnia lasu. Wysiłek przedwojenny został niemal doszczętnie zniszczony.

Gdy uspokoiła się zawierucha wojenna, Towarzystwo, nie mając funduszów, staje przed koniecznością wydzierżawienia zakładu i prawa do eksploatacji jego naturalnych dóbr leczniczych: wydzierżawia też je akc. Towarzystwu „Zdroje Polskie" na lat czterdzieści.

Zaczyna się nowy okres w historji Morszyna. „Zdroje Polskie" porządkują zakład, podnoszą znacznie liczbę kuracjuszów, nie wprowadzają jednak poważniejszych inwestycyj w samym Zakładzie, natomiast kładą główny nacisk na eksploatację i rozpowszechnienie produktów morszyńskich. Sól zostaje dokładnie zbadana pod względem chemicznym, należycie oczyszczona i, jako krystaliczna sól gorzka, pod żadnym względem nieustępująca soli karlsbadzkiej, zostaje wprowadzona w sposób racjonalny w handel. Nic też dziwnego, że w niedługim czasie zyskuje sobie pełne uznanie i wypiera skutecznie sól karlsbadzką.

Morszyn staje się miejscowością coraz lepiej znaną i uznawaną, wyniki lecznicze powodują znaczny wzrost kuracjuszów.

Równocześnie Rada Nadzorcza Towarzystwa pod energicznem kierownictwem jego prezesa, doprowadza do porządku folwark, budując od podstawy jego zabudowania gospodarcze i to wzorowo. W lasach wprowadza się planową gospodarkę, dzięki której lasy morszyńskie znajdują się w stanie bardzo dobrym i są pod stałą fachową kontrolą.



Nowe łazienki.

W roku 1932 Towarzystwo rozwiązuje umowę dzierżawną ze „Zdrojami Polskiemi" i obejmuje zdrojowisko oraz eksploatację produktów morszyńskich w zarząd własny. Rada Nadzorcza i jej prezes zdają sobie dobrze sprawę z konieczności dokonania szeregu inwestycyj w zdrojowisku i jego zakładzie, i to inwestycyj nowoczesnych, zarówno w dziale leczniczym, jak w urządzeniu zewnętrznem. Nie szczędząc kosztów, buduje się więc nowe łazienki, komfortowo urządzone, na podstawie wskazówek wypróbowanych i doświadczonych doradców. W ten sposób niewystarczająca liczba wanien zostaje zdwojona. W łazienkach nowych urządza się wziewalnię i hydroterapję. Nowy budynek otrzymuje ogrzewanie centralne. Mieści się w nim także czytelnia. W niedalekiej przyszłości powstanie urządzenie rentgenowskie i wogóle urządzenia dla zabiegów energją promienną. Przednia część parku otrzymuje zupełnie nowe rozplanowanie, przeprowadzone przez naczelnego



Pijalnia.

ogrodnika Miasta Lwowa. Powstają więc wygodne szerokie deptaki, okolone pięknemi kwietnikami i ozdobnemi drzewkami. W środku tej części parku została zbudowana pijalnia wód gorzkich znaczniejszych rozmiarów, a naokoło niej kryty deptak szeroki na kilka metrów. Cały zakład zostaje skanalizowany i zaopatrzony w wodę słodką, przeprowadzono oświetlenie elektryczne w zakładzie i w części poza nim. W lesie, należącym do parku, rozprowadzono wygodne deptaki i poustawiano nowe wygodne ławki w znaczniejszej liczbie. Tuż przy zakładzie został poświęcony ubiegłego roku i otwarty piękny kościółek. W planie najbliższym są dalsze inwestycje.

Równocześnie z inwestycjami zakładowemi ulepszono dalej produkty morszyńskie na podstawie badań Instytutu farmakologji eksperymentalnej U. J. K. pod kierownictwem Prof. Koskowskiego. Są one wprowadzone w handel z nowemi etykietami Towarzystwa. Jest to krystaliczna sól morszyńska ze źródła Bonifacego w słoikach, sól w proszkach w pudełkach po 10 proszków, naturalna woda gorzka ze źródła Bonifacego i znakomita w o d a s t o ł o w a dogazowana, mało zmineralizowana i hipotoniczna „Morszynka". Generalne zastępstwo produktów morszyńskich oddano firmie warszawskiej Dr. far. K. Wenda, Spka z ogr. poręką (Warszawa, Wronia 40).

Z rozbudową zakładu postępuje równocześnie rozbudowa samego Morszyna-Zdroju. Powstaje szereg will i pensjonatów, w części komfortowo urządzonych, z kuchnią dietetyczną, w najbliższem otoczeniu zakładu. Komisja zdrojowa czuwa nietylko nad racjonalną rozbudową, lecz także nad urządzeniami ogólnemi, podobnie jak lekarz zdrojowy. W Morszynie ordynuje w czasie sezonu kilku lekarzy.

Szereg urządzeń ma uprzyjemnić pobyt kuracjuszom a poczta, telefon, telegraf i P. K. O. na miejscu ułatwiają połączenie ze światem.

Tak się przedstawia obecny stan Morszyna-Zdroju. Jest też obowiązkiem lekarzy popieranie bezwzględne zdrojowiska i jego produktów, które, dzięki ich wartości, skutecznie wypierają coraz bardziej podobne produkty obce. W popieraniu tem powinna kolegom przyświecać nietylko skuteczność lecznicza zdrojowiska i jego produktów i myśl, że to wszystko krajowe, nie obce, lecz także pamięć o wdowach i sierotach po naszych kolegach, bo Morszyn-Zdrój — to przecież podstawa materjalna coraz wydatniejszego ich wspierania.

Dr. Alfred JANIK. Iwonicz.

Zdrojowiskowe leczenie gośćca.

Z Sanatorjum Zw. Kas Chorych „Excelsior".

Związek Kas Chorych rozpoczynając planową rozbudowę lecznictwa sanatoryjnego, otworzył w r. 1931 Sanatorjum „Excelsior" w Iwoniczu. Sanatorjum jest przeznaczone do leczenia wielu schorzeń, między któremi pierwsze miejsce zajmuje gościec i schorzenia podobne (37%).

Rozległe lecznictwo fizykalne, duży materjał chorych (około 800 przypadków gośćca w ciągu 20 miesięcy), prowadzonych w sanatoryjnym trybie, daje możność łatwiejszego ujęcia praktycznych danych, aniżeli przy leczeniu czysto zdrojowiskowem, kiedy łączność lekarza z chorym jest mniejsza a obserwacja chorego nie zawsze dostatecznie częsta, zwłaszcza gdy chodzi o stan chorego podczas kąpieli lub bezpośrednio po niej.

Urządzenia Sanatorjum umożliwiają stosowanie kąpieli mineralnych (jodowych), borowinowych, — owijań borowinowych, wodolecznictwa, nagrzewań parowych i suchych (w aparatach Tyrnauer'a), diatermji, elektroterapji, masaży, mechanoterapji, wziewań i t. d.

Leczenie gośćca przeprowadzamy w sposób energiczny. Czas leczenia ustalamy na 28—32 dni. Uważamy czas ten w większości przypadków za wystarczający do przeprowadzenia jednej kuracji. Podczas pobytu chory pobiera 14—20 kąpieli i tyleż innych zabiegów fizykalnych (ogólna ilość zabiegów odpowiada ilości dni pobytu).

Przed rozpoczęciem leczenia chory zostaje poddany gruntownemu badaniu, przyczem główną uwagę zwracamy na narząd krążenia, nerki i płuca; przeważnie ze strony tych narządów mogą się zdarzać powikłania, zwłaszcza w okresie ogólnej reakcji organizmu na leczenie fizykalne. Ponieważ wielu chorych z powodu gośćca wykazuje zmiany w narządzie krążenia, rozpoczynamy leczenie przygotowaniem tego narządu do poddania się bądź co bądź intensywnym zabiegom; by nie tracić czasu, ordynujemy równocześnie łagodne leczenie fizykalne.

Pierwsze zabiegi, na które się składają łagodne kąpiele mineralne (36—37°/8—10'), miejscowe zabiegi termiczne i masaże stosowane przeważnie co drugi dzień, — trwają zależnie od stanu chorego 5—7 dni; w tym okresie występują pierwsze objawy reakcji, które przy odpowiedniem postępowaniu rzadko powodują przerwę w leczeniu. Każdego chorego przygotowuje się na ten okres pozornego pogorszenia.

Drugi okres, trwający około 14 dni, pozwala lekarzowi na zastosowanie energicznych zabiegów, tem bardziej, że ma już za sobą badania pracowniane (m. i. badanie krwi, prześwietlenie płuc i serca, badanie czynnościowe nerek, w tem ewentualnie próbę

wodną i wydzielanie soli, jeśli równocześnie ordynuje się leczenie pitne wodą mineralną).

W tym okresie stosujemy przeważnie codziennie kąpiele borowinowe naprzemian z mineralnemi; pierwsze o ciepłocie 38—40° przez 15—20 min., jodowe zaś 37—38° przez 20—25 min. Ponieważ czynnik termiczny uważamy w leczeniu gośćca za najpoważniejszy, chętnie wykonujemy w miejsce kąpieli borowinowych, owijania z borowiny (dokładny opis patrz str. 380) o ciepłocie 45—50° przez 20 min., co chorzy znoszą dobrze, a wyniki lecznicze są bodajże lepsze, niż po kąpielach borowinowych.

W razie niemożności zastosowania energicznego leczenia zalecamy w miejsce kąpieli (jodowej lub borowinowej) zwykłe zabiegi termiczne a mianowicie parowe lub suche, ostatnie w znakomitych aparatach Tyrnauera; ciepłota może dochodzić do 60—80° i 100°; po takiem nagrzaniu trwającem około 20 min. następuje zabieg wodoleczniczy o ciepłocie 37—34—30° i niższej, oraz różnej sile prądu wody, zależnie od rodzaju przypadku i czasokresu leczenia.

Po kąpieli, względnie innym zabiegu, poddajemy chorego masażowi, początkowo łagodnemu, później energiczniejszemu, zwracając specjalną uwagę na stwardnienia mięśniowe, które należy rozgnieść. Po pierwszych masażach chory czuje się cały „zbolały“, jednak wkrótce poczyna odczuwać zbawienny wpływ masażu, który wykonany przez wyszkolonego masażystę, będącego w stałym kontakcie ze specjalistą lekarzem, jest zabiegiem bardzo wartościowym. Leczenie mechaniczne w przyrządach pozostawiamy wobec obrania wspomnianego kierunku, na planie drugim.

Okres trzeci jest krótki i podobnie jak wstępny trwa około 7 dni. Po trzech tygodniach leczenia chory odczuwa znaczną ulgę; zbliża się czas odjazdu. Zabiegi stają się znowu łagodniejsze w postaci kąpieli mineralnych, zabiegów wodnych i miejscowych termicznych. Uważamy za błąd leczniczy „nadrabianie“ straconych dni leczenia (np. z powodu perjodu, przeziębienia). Zgromadzone zabiegi przy osłabionym stanie ogólnym, przed podróżą, — raczej szkodzą choremu.

Postępowanie w przypadkach cięższych jest łagodniejsze, a tem samem czas trwania leczenia dłuższy.

Musimy podkreślić znaczenie pomocniczych zabiegów fizykalnych zapomocą elektryczności, głównie prądu galwanicznego (galwanizacja, kąpiel elektryczna, czterokomorowa, rzadziej diatermja). Chodzi o stany znacznego nieraz wzmożenia bólów podczas leczenia kąpielowego, nie ustępujących po podaniu uśmierzających środków farmakologicznych. Prąd galwaniczny okazał się poważnym sposobem uśmierzającym bóle. W przypadkach wykazujących znaczne bóle odczynowe (nie z powodu zaostrzenia sprawy chorobowej) stosujemy kąpiele naprzemian z zabiegami elektrycznemi np. kąpiele względnie owijania rano a zabiegi elektryczne popołudniu, względnie kąpiele naprzemian z temi zabiegami co drugi dzień.

Musimy również podnieść dogodność stosowania opisanego wyżej leczenia na miejscu w zakładzie posiadającym własny oddział leczenia fizykalnego. Trudno to przeprowadzić, jeśli pacjent mieszka w pensjonacie a pobiera zabiegi w innem miejscu, nieraz oddalonem.

Jeśli chodzi o działanie ogólne większości zabiegów stosowanych w leczeniu gośćca, — praktycznie jako przeważające wchodzi w rachubę działanie termiczne.

Fizjologiczne działanie borowiny nie zostało dotychczas ujęte ścisłemi badaniami naukowemi. Trudności tkwią głównie w tem, że składniki borowiny oraz sposób jej przyrządzania w poszczególnych zdrojowiskach są różne. Ogólnie oznaczamy chemiczne działanie borowiny, jako drażniące i powodujące przekrwienie (wolne kwasy) oraz ściągające (sole, kwas humusowy). Wpływ fizykalny ujawnia się w wysokiej ciepłocie (a więc działanie termiczne), co podnosi wspomniany wpływ chemiczny, głównie w kierunku zmian w ukrwieniu i z tem związanych procesów biochemicznych.

Borowina podkarpacka nadaje się równie dobrze do kąpieli jak owijań całkowitych i częściowych. Wyniki lecznicze mamy lepsze, od kiedy stosujemy owijania. Przyczyna leży w możności zastosowania znacznie wyższej ciepłoty w owijaniach (ciepłota ich przekracza punkt obojętny o 12—13°, podczas gdy w kąpieli borowinowej zaledwie o 2—3°).

Ponieważ w owijaniach nie odpada również czynnik chemiczny, albowiem warstwa borowiny okrywająca ciało dochodzi do 6 cm, jesteśmy zwolennikami owijań, tem bardziej, że traktowanie schorzeń miejscowych zwłaszcza w zakresie górnego tułowia i kończyn górnych w tym sposobie postępowania jest znacznie łatwiejsze a przeciwwskazania w porównaniu z kąpielami borowinowemi są zredukowane do minimum.

Owijań borowinowych nie należy mieszać z owijaniami mułowemi, które poza składem chemicznym, różnią się także tem, że muł (a zwłaszcza muł mineralny) jest dobrym przewodnikiem ciepła, wobec czego szybciej się oziębia, podczas gdy borowina przy owijaniu zachowuje ciepło bardzo długo.

Jeśli chodzi o działanie kąpieli mineralnych (jodowych), to niewiele się ono różni od działania borowiny; jest jednak łagodniejsze i z tego względu może być bezpiecznie stosowane w cięższych przypadkach. Do korzystnego ich wpływu na organizm przyczynia się prawdopodobnie wnikanie jodu przez skórę, a wiemy, że już minimalne jego dawki wpływają leczniczo. Co do innych stałych składników chemicznych kąpieli mineralnej, trudno przypuszczać, by podczas kąpieli mogły się one przez skórę wchłaniać.

Leczenie kąpielowe uzupełniamy, jak wspomniałem, masażem. Trzymamy się zasady, że „najlepsze leczenie kąpielowe niewiele przynosi korzyści bez masażu“ (mówimy stale o gośćcu); dlatego też łączymy kąpiele i inne zabiegi fizykalne a zwłaszcza termiczne bezpośrednio z masażami, najpierw w postaci łagodnego masażu mięśniowego, stopniowo coraz energiczniejszego włącznie do stosowania ruchów biernych i czynnych. Nacisk kładziemy więc na umiejętny, kontrolowany przez specjalistę masaż, wykonywany bezpośrednio po kąpielach i innych zabiegach.

W gośćcu stawowym uważamy kąpiel, względnie inny zabieg fizykalny za podstawowy a masaż za wartościowe uzupełnienie, — w gośćcu mięśniowym natomiast masaż częstokroć wysuwa się na plan pierwszy.

Pozostaje mi jeszcze przynajmniej wspomnieć o diecie. Wytężone leczenie gośćca w zdrojowisku wymaga ustalenia odpowiedniej diety tak pod względem jakościowym jak ilościowym (wartość kaloryczną posiłków dopuszczamy do 4.000 kaloryj). Przeważna część przypadków gośćca pozostaje na diecie normalnej, lekkostrawnej jarskiej, lekkostrawnej mięsno-jarskiej i ewentualnie odtłuszczającej; nieznaczny odsetek przypada na diety specjalne.

Dr. Aleksander KARCZYŃSKI. Niemirów-Zdrój.

Rola zdrojowisk, a w szczególności Niemirowa, w akcji przeciwgośćcowej [1]).

Rozbudowa ubezpieczeń społecznych i wyniki bogatych statystyk zorjentowały medycynę zapobiegawczą w całym szeregu zagadnień społecznych.

Przy dokładnej ocenie wyników statystycznych, okazało się, że jedną z najbardziej rozpowszechnionych klęsk społecznej medycyny stanowią schorzenia gośćcowe. Skutkiem więc swego rozpowszechnienia, jak również następowego inwalidztwa, przedstawiają one poważne zagadnienie społeczne. Świadczenia za schorzenia gośćcowe przewyższają nieprawdopodobnie świadczenia nawet z powodu schorzeń gruźliczych, tak ze względu na rozpowszechnienie, jak i dlatego, że przeciętny okres życia osobników z gośćcem przewyższa około 6 razy przeciętny okres życia gruźliczych.

W wyniku tych spostrzeżeń obserwujemy od szeregu lat powstawanie rozmaitych organizacyj przeciwgośćcowych o różnym charakterze. Tym też organizacjom zawdzięczamy powstanie bogatej i pouczającej statystyki. Skutkiem pracy tych organizacyj widzimy też rosnące zainteresowanie kliniki i szpitali schorzeniami gośćcowemi, gdy dotąd leczenie tych schorzeń należało prawie że niepodzielnie do zdrojowisk. Wynikiem badań kliniczno-naukowych było dokładniejsze poznanie tak etjologji, jak i patogenezy schorzeń gośćcowych.

Akcja przeciwgośćcowa poszła stosownie do wytkniętego celu w dwóch kierunkach: 1) w kierunku zapobiegania i 2) w kierunku leczenia. Obie te drogi z natury rzeczy musiały prowadzić przedewszystkiem do poznania i ugruntowania etjologji. Ze wszystkich badań i statystyk wynika niezbicie, że gościec jest chorobą społeczną o pierwszorzędnem znaczeniu a jego zwalczanie zagadnieniem bardzo poważnem.

Pracując w zdrojowisku w Niemirowie, mam możność zetknięcia się z dużym materjałem chorych i tu, zgodnie z wynikami badań Schmidta z Piszczan, doszedłem do przekonania, że cały materjał chorych tych można podzielić na trzy grupy, o ile chodzi o przyczynę powstania schorzenia.

1) Do pierwszej zaliczylibyśmy wszystkie schorzenia o charakterze a) zakaźnym i b) t. zw. posocznicze-gośćcowate (septyczno-reumatoidne): pozakaźne względnie wtórnie przewlekle; a więc należałyby tu grupy schorzeń: *ad* a) typowe przyczyny chorobowe, jak rzeżączka, kiła, dur i t. d., *ad* b) zakażenia odogniskowe: jak z migdałków, jam bocznych nosa i twarzy, z zębów, gruczołu krokowego i t. p., w których to zakażeniach z momentów przyczyno-

---

[1]) Wedle referatu, wygłoszonego w skróceniu na pos. Lw. Tow. lek. dn. 13. V. 1932.

wych mają znaczenie gronkowce i paciorkowce, i dlatego też szereg autorów nie bez słuszności uważa, że między np. ostrem zapaleniem gośćcowem mnogich stawów a schorzeniami z ognisk zakaźnych istnieje tylko różnica ilościowa, a nie jakościowa.

2) Drugi dział schorzeń obejmowałby przypadki, w których za przyczynę przyjęliśmy skazę gośćcową, uwydatniającą się zaburzeniem równowagi w układzie autonomicznym, co można, idąc *a tergo*, odnieść częściowo przynajmniej do pewnych zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem. W organiźmie takim stwierdza się zmniejszenie się procesów utleniania, co powoduje zaburzenia naczynioruchowe, krążenia, a to następnie wpływa na gorsze ukrwienie narządów, stworzenie *locus minoris resistentiae* i t. d.

3) Trzeci dział obejmowałby chorych, u których przyczyna tkwi w powłokach zewnętrznych — w skórze.

Jak wynika z badań Blocha, Pirqueta, Schmidta, jak też i obserwacji naszych chorych w Niemirowie, w pewnym odsetku przypadków można stwierdzić zmiany czynnościowe w skórze. Jeżeli nadto zgodzimy się, że skóra z zapasem krwi i soków ustrojowych przedstawia pewien ochronny narząd, coś w rodzaju narządu o wydzielaniu wewnętrznem, to zrozumiemy znaczenie prawidłowej czynności skóry dla sprawności całego organizmu.

Z badań Lewisa i ostatnio Jankowskiego wynika, że po zadrażnieniu skóry we krwi wypływającej z danego odcinka skóry można wykazać zjawianie się, względnie znaczne zwiększanie się ilości histaminy i ciał podobnie działających.

Jak z prac Deutscha, Jankowskiego i Mestera wynika, można w niektórych schorzeniach gośćcowych stwierdzić odczyn skóry na histaminę, względnie t. zw. „H" substancję, co też potwierdzają biologiczne próby naskórne. Dzieje się to najczęściej w schorzeniach reumatycznych pozastawowych. Tak więc tę grupę przypadków zaliczyliśmy do rzędu przypadków alergicznych wedle Lucasa, względnie wedle innych do grupy z zmniejszoną biologiczną aktywnością skóry i zaburzeniami elektrolitycznemi.

Tem też tłumaczyć można sobie wrażliwość tych osób na zmiany atmosferyczne w postaci wzmożenia się dolegliwości przed deszczem i t. p.

Obserwacje nasze, poczynione na stosunkowo znacznym materjale chorych, leczonych w Niemirowie, doprowadzają nas do wniosku, że jeżeli wogóle schorzenia gośćcowe nadają się, ze względu na swą wielopostaciowość, do jakiegoś jednolitego leczenia, to prawo do tego leczenia powinny mieć przedewszystkiem zdrojowiska siarczano-borowinowe.

Przechodząc teraz do omówienia mechanizmu leczniczego w poszczególnych grupach przypadków, musimy stwierdzić za Schmidtem, że:

ad 1). Leczenie zdrojowiskowe wywołuje przekrwienie ognisk chorobowych i zmianę warunków fizyko-chemicznych, co przyczynia się do przedostawania się jadów tych do krwiobiegu, co następowo wytwarza rodzaj swoistego leczenia szczepionkowego z odczynem ogólnym i ogniskowym. Leczenie to pobudza z jednej strony siły obronne organizmu przez wytwarzanie swoistych przeciwciał, z drugiej zaś strony przez lepsze ukrwienie narządów wywołuje uczynnienie pierwoszcza i wzmocnienie stanu ogólnego. Tu chciałem zaznaczyć, że ów t. zw. odczyn znany tak dobrze wszystkim doświadczonym kuracjuszom, po pierwszych kilku zabiegach balneologicznych nie jest niczem innem, jak odczynem ogniskowym, wywołanym kąpielami i następowem wessaniem do krwiobiegu.

ad 2) Odnośnie do drugiej grupy naszych obserwacyj z t. zw. skazą gośćcową, to stwierdzaliśmy przy leczeniu w Niemirowie korzystny wpływ na poprawę w krążeniu oraz przyśpieszenie procesów spalania. Przypadki zaliczone do tej grupy, to przeważnie ludzie otyli z mniejszą lub większą niedomogą mięśnia sercowego. Podczas leczenia w Niemirowie obserwowaliśmy spadek wagi ciała, zwiększone moczenie i, co ciekawsze, poprawę krążenia tak, że wbrew twierdzeniu niektórych autorów, nie uważamy miernego stopnia niedomogi serca jako przeciwwskazania do leczenia częściowemi kąpielami gorącemi (t. zw. fasony borowinowe). — Owszem — przy stosowaniu np. gorących kąpieli nożnych obserwowaliśmy korzystną poprawę krążenia, spadek ciśnienia krwi i t. p. Naturalnie zabiegi te wymagają u tego rodzaju chorych ciągłej obserwacji i uważnego dawkowania. Tu też chciałem wymienić kilka przypadków, zaliczonych do tej grupy, w których po kilkutygodniowem leczeniu kąpielami siarczano - borowinowemi stwierdzałem w moczu zwiększoną ilość mocznika i kwasu moczowego, co przypisałem poprawie krążenia i ogólnej przemiany materji.

ad 3) Mechanizm działania kąpieli w schorzeniach, które zaliczyliśmy do grupy trzeciej, musimy odnieść na podstawie wyników badań Jankowskiego, Lewisa i innych do zwiększania zawartości histaminy względnie owej „H" substancji pod wpływem drażnienia skóry i w ten sposób podniesienie biologicznej aktywności skóry.

Jak więc z obserwacji naszej w Niemirowie wynika, korzystny wpływ leczenia balneologicznego zaznacza się w każdej wspomnianej grupie przypadków, działając bądź na tej, bądź na innej drodze.

Jeżeli chodzi o rodzaj kąpieli, to na pierwszem miejscu należałoby postawić borowinę, dalej siarczanki. Wedle Sabatowskiego, obecność wysokowartościowej borowiny w zdrojowisku przeznacza niejako dane zdrojowisko do leczenia schorzeń gośćcowych, a autorowie rosyjscy stawiają kąpiele borowinowe na najwyższym szczeblu zabiegów balneotechnicznych.

Dodać trzeba, że z czystemi wspomnianemi typami spotykamy się naogół rzadko; raczej obserwujemy chorych z objawami niewydolności szeregu narządów, tylko że raz przeważają te przyczyny i objawy, innym razem inne znowu. Dlatego też, na podstawie naszych obserwacyj w Niemirowie, uważamy za rzecz ważniejszą dla lekarza zdrojowiskowego zorjentowanie się w patogenezie cierpienia, niż kuszenie się o postawienie ścisłego rozpoznania.

Jeszcze wspomnieć chciałem o tem, że do zdrojowisk kierowani bywają, względnie sami się kierują, chorzy z dolegliwościami kości, stawów, mięśni, pochodzenia innego. Obserwowaliśmy np. ropnie opadowe, nowotwory uciskające np. na nerw kulszowy, nerwice rozmaitego rodzaju i t. p. Dlatego też przy całej ważności leczenia zdrojowiskowego uważamy, że powinno ono być poprzedzone dokładną obserwacją chorego, w wyniku której powinno być o ile możności ustalone ścisłe rozpoznanie i usunięta zasadnicza przyczyna schorzenia, np. ukryte ropienia, a leczenie zdrojowiskowe powinno być nastawione i skierowane na usunięcie skutków cierpienia zasadniczego.

To właściwie powinno być celem ściśle przestrzeganym w lecznictwie zdrojowem. W zdrojowisku bowiem niema naogół czasu na gruntowniejszą obserwację wstępną. Chory przyjeżdża i z punktu domaga się całego planu leczenia i dlatego rola lekarza w zdrojowisku musi się często ograniczyć do fachowej porady co do planu przeprowadzenia leczenia środkami, któremi rozporządza dane zdrojowisko. Zdrojownictwo może być tylko ważnem i koniecznem ogniwem w leczeniu spraw gośćcowych. Całe zaś lecznictwo tych spraw obracać się powinno między ambulatorjum, oddziałem szpitalnem i zdrojowiskiem i tylko przez koordynację tych czynników można oczekiwać skutecznych wyników.

Jeżeli chodzi o balneoterapję, to dodać trzeba jeszcze jeden szczegół dość ważny a mało doceniany. Mam tu na myśli wynik psychoterapeutyczny. W odróżnieniu od leczenia szpitalnego, czy sanatoryjnego, chory w zdrojowisku nie ma tej ciągłej świadomości, że jest chorym i zapomina często o swem kalectwie.

Niestety — my lekarze ordynujący w zdrojowiskach nie widzimy naogół wyników leczenia zdrojowiskowego w całej pełni. Widzą je natomiast koledzy ordynujący, którzy oglądają swych chorych po powrocie z kuracji i mogą porównać ich stan ze stanem poprzednim. Tu dopiero okazuje się, że częstokroć balneologja jest nie do zastąpienia a przynajmniej jest cenną bronią w arsenale przeciwgośćcowym.

Koledzy wysyłający swych chorych do leczenia zdrojowiskowego widzieć będą tem lepsze wyniki, im lepiej chorego do tego leczenia przygotują, im trafniejszy będzie wybór w doborze miejscowości.

Podnieść wreszcie należy, iż obok świetnych wyników, zanotować musimy przypadki bez efektu, względnie nawet z pogorszeniem u chorych, którzy nie na czas lub też w nieodpowiednie miejsce zostali skierowani. Niepowodzenia te obciążają niepotrzebnie budżet prywatny, względnie instytucji, a zdrojowisku danemu przynoszą niesłusznie szkodę. Można tego uniknąć, jeżeli przed skierowaniem chorego zajmiemy się dokładną analizą cierpienia. Obserwując od szeregu lat lecznictwo w Niemirowie-Zdroju, widzę, jak często przyjeżdżają chorzy z tak posuniętemi zmianami, że mogą się raczej stać przedmiotem litości niż leczenia.

Wobec chaosu ciągle jeszcze panującego, tak w dziedzinie etjologji, jak i patogenezy schorzeń gośćcowych, pomyłki muszą się zdarzać. Jedynem wyjściem, przynajmniej o ile chodzi o ubezpieczenia społeczne, jest dokładna obserwacja kliniczna przed skierowaniem do zdrojowiska. Koszt tej obserwacji opłaci się sowicie, jeżeli weźmiemy pod uwagę zaoszczędzenie mylnych rozpoznań i związanych z tem wydatków.

Niemniej ważną rzeczą jest kontrola stanu po ukończeniu leczenia zdrojowego.

Wkońcu należy wziąć pod uwagę higjenę pracy, mieszkania i życia codziennego, co znacznie przyczynić się musi do opanowania tej klęski społecznej.

Od zgodnej współpracy lekarzy w swoich gabinetach, czy też w poradniach, oddziałów szpitalnych i zdrojowisk zależy zwalcza-

nie schorzeń gośćcowych z jednej strony, a rozwój naszego zdrojownictwa z drugiej. Do zdrojowisk bowiem będzie zjeżdżać materjał chorych dokładnie przesortowany i przebadany, a zdrojowiska, nastawione na pewien materjał chorych będą mogły dobrze wywiązać się z roli, dla której istnieją, i akcji przeciwreumatycznej dobrze się przysłużą.

Jeżeli się przypatrzymy naszym stosunkom w Polsce, to, jak z statystycznej oceny wynika, Polska znajduje się pod względem rozpowszechnienia schorzeń gośćcowych na jednem z miejsc czołowych. Z drugiej strony wiemy, że kraj nasz jest jak gdyby celowo wyposażony wyjątkowo hojnie w pokłady borowiny i siarczanki. Niestety — za mała propaganda lecznictwa krajowego nie pozwala naszym zdrojowiskom na należytą rozbudowę. Do nas lekarzy należy uświadomienie społeczeństwa o celowości leczenia kąpielami wogóle a krajowemi w szczególności.

Jeżeli jest mowa o roli zdrojowisk w akcji przeciwgośćcowej, to korzystam ze sposobności, by podkreślić znaczenie zdrojowiska Niemirów. Niemirów - Zdrój położony w woj. Lwowskiem pow. Rawa Ruska leży u stóp pasma Roztocza Lwowsko-Tomaszowskiego w zapadlisku, wypełnionem iłami, z których bije szereg źródeł siarczanych. Część tych źródeł ujęta jest dla celów kąpielowych, część do picia. Koroną wód do picia, to znana „Aleksandra", której działanie opisali dokładnie D a d l e z i K o s k o w s k i (P. G. Lek. r. 1929).

Dalszem bogactwem Niemirowa, to olbrzymie pokłady wysokowartościowej borowiny, pochodzącej z butwienia roślin bez dostępu powietrza. O borowinie tej powiada S a b a t o w s k i w swem dziele, że Niemirów ma wszelkie dane, by zostać pierwszorzędnem zdrojowiskiem borowinowem. Obecnie są w toku dokładne badania składu i działania borowiny w zakładzie Farmakologji U. J. K. i, jak z tymczasowych doniesień wynika, borowina niemirowska zajmuje w skali borowin jedno z czołowych miejsc.

Tym to bogactwom naturalnym, obok położenia geograficznego i urządzeń leczniczych, zawdzięcza Niemirów swą wartość leczniczą.

Skutki leczenia w Niemirowie, obserwowane na wielkim materjale chorych, pozwalają nam zaliczyć Niemirów do najpoważniejszych zdrojowisk dla schorzeń reumatycznych. Siarka w wodach niemirowskich występuje częściowo w postaci czystego siarkowodoru, częściowo zaś w postaci szeregu związków wielokrotnie się z sobą kombinujących. Przy stosowaniu więc kąpieli siarczanych, obserwujemy obok działania siarki koloidalnej, działanie jonów różnych metali.

Jeżeli zkolei przejdziemy do mechanizmu działania borowiny, zaznaczyć trzeba, że borowina nasza daje wszystko to, czego od prawidłowej borowiny wymagać się powinno, a więc:

1) Działanie cieplne. 2) Przekrwienie czynne. 3) Działanie mechaniczne. 4) Ściągające działanie dzięki obecności ciał próchnicowych, wkońcu zasadnicza rzecz, ogólne wzmożenie bodźców kąpielowych. Działania te wynikają po części z własności fizykochemicznych naszej borowiny. Jak z badań S a b a t o w s k i e g o i innych wynika, ze względu na wysoki C. g., znaczną gęstość i lepkość, słabe promieniowanie i przewodnictwo cieplne, można kąpiele borowinowe stosować w ciepłocie o wiele gorętszej od innych. Ich ciepłota obojętna dla skóry jest o 2—3 stopnie wyższa od kąpieli słodkowodnej.

Jeżeli do tego dodamy działanie drażniace kwasów, związków siarkowych oraz mechaniczne części stałych, wówczas dojdziemy do przekonania o potędze środka leczniczego, jakim jest kąpiel borowinowa.

Nakoniec wspomnę jeszcze o obserwowanych nieznacznych zwyżkach ciepłoty po kąpielach niemirowskich a więc objawach pewnego rodzaju wstrząsu z korzyścią dla całokształtu leczenia.

Ze względu na brak miejsca, nie będę bliżej wchodził we wszelkie szczegóły, a przejdę do omówienia wody do picia, znanej zresztą z badań D a d l e z a i K o s k o w s k i e g o „Aleksandry", która, wyprowadzając z ustroju nadmiar kwasu moczowego i mocznika, dzielnie wspomaga leczenie, zwłaszcza przy zaburzeniach w przemianie purynowej, zaparciu i innych dysfunkcjach przewodu pokarmowego.

Na uwagę zasługuje też przyrodolecznictwo i gimnastyka lecznicza, zmierzająca do poprawy sprawności fizycznej.

Biorąc więc sumę wszystkich środków, któremi Niemirów dysponuje trzeba przyznać, że Niemirów ma wszelkie dane do rozwoju na europejskie zdrojowisko gośćcowe.

Rozwój Niemirowa, jak rozwój wszystkich naszych zdrojowisk, leży przedewszystkiem w rękach lekarzy. Tylko przez wpojenie wiary, że trzeba i można się skutecznie leczyć w naszych krajowych zdrojach, mogą zdrojowiska nasze stanąć na odpowiedniej wyżynie i tem wydatniej służyć celowi, dla jakiego istnieją. Fakt, że międzynarodowa liga dla walki z gośćcem powstała z inicjatywy i przy poparciu Międzynarodowego Związku Hydrologów, świadczy wymownie o roli zdrojownictwa w akcji przeciwreumatycznej.

Piśmiennictwo.

J e z i e r s k i: (Poznań). Pam. 1. Zjazdu przeciwreum. — J a n k o w s k i (Lwów): P. G. Lek. Nr. 44/32. — K ł u s z y ń s k i (Warszawa): Pam. I. Zjazdu Przeciwreum. — K o s k o w s k i i D a d l e z: P. G. Lek. Nr. 23/28. — K o r c z y ń s k i (Kraków): Pam. I. Zjazdu Przeciwreum. — L e w i s T. Blutgefässe der Menschlichen Haut. — M e s t e r (Kraków): P. G. Lek. — M e s t e r (Kraków): Pam. I. Zjazdu Przeciwreum. — S a b a t o w s k i (Lwów): Klimato i Hydroterapja. — S a b a t o w s k i (Lwów): Balneoterapja chor. reum. Pam. Zj. Przeciwreum. — S c h m i d t (Piszczany): Zeitschr. f. wiss. Bäderkunde 2/930. — S c h m i d t (Piszczany): Wien. Med. Wochenschr. Nr. 26/928. — Z i m m e r (Berlin): Zeitschr. f. wiss. Bäderkunde. 1/930.

Prof. Dr. Otto NADOLSKI. Lwów.

Szkło, najstarsze zdrojowisko w Polsce.

Z pośród licznych zdrojowisk w Polsce najstarszą historją i tradycją poszczycić się może zakład kąpieli siarczanych w Szkle (w powiecie jaworowskim w Małopolsce).

Oparte na najobfitszem źródle mineralnem nietylko w Polsce ale w całej Europie (wydajność ponad 60 litrów na sekundę czyli około 5.200 m³ na dobę, pozwalająca zatem na sporządzenie 20.000—25.000 kąpieli dziennie), znane były kąpiele szkielskie jeszcze w XVI. stuleciu. Pierwszym historycznym kuracjuszem Szkła był Mikołaj VIII. Krzysztof Radziwiłł „Sierotka", który w r. 1576. zatem przed 356 laty, przeprowadzał już kuracje w szkielskich „Cieplicach".

Z polecenia króla Stefana Batorego badał lecznicze własności wód szkielskich „nadworny medyk J. K. JM." doktor medycyny i filozofji Marcin Óczko, autor pierwszej polskiej publikacji balneologicznej pod nazwą „Cieplice", wydanej w r. 1578, opisującej Szkło, i jego własności lecznicze. Po nim zajmowali się Szkłem liczni inni badacze: dość wymienić sławnego lekarza lwowskiego doktora Erazma Syksta i jego sławne dzieło „O Cieplicach Szkielskich ksiąg troje" wydane w r. 1617, prof. Haquet'a (1796), Zakrzewskiego (1823 i 1829), Torosiewicza (1834) i wielu późniejszych.

Zatem jeszcze w czasach, kiedy nie istniały przez 2 wieki co najmniej największe inne nasze zdrojowiska (Krynica, Ciechocinek), Szkło miało już obszerną literaturę, wspaniałą tradycję i liczne rzesze kuracjuszów nie wyłączając naszych królów (Władysław IV, Jan III. Sobieski), których goszczeniem i kuracją nie może poszczycić się poza Szkłem żadne inne zdrojowisko polskie.

Mimo tej wspaniałej historji, Szkło w ostatnich dziesiątkach lat poszło w zapomnienie i dziś niewiele osób a przedewszystkiem niewielu lekarzy zna tę nazwę tak wyjątkowo starego zdrojowiska, które nawet wśród najważniejszych zdrojowisk zagranicznych stoi na jednem z pierwszych miejsc.

Przyczynę tego zapomnienia wywołały rozbiory Polski, w następstwie których Szkło i okolica stanowiące Królewszczyznę przeszło na własność państwa austrjackiego. Odcięte od terytorjum większej części Polski i zamienione przez rząd zaborczy na leczniczy zakład wojskowy, po sprzedaży około roku 1870 okolicznych lasów i majątków coraz bardziej upadało Szkło i usuwało się w zapomnienie. Po powstaniu odrodzonej Polski przeszedł zniszczony wielce w czasie wojny wojskowy zakład kąpielowy pod administrację Polskich Władz Wojskowych. Po pożarze w r. 1921 i ten zakład został zamknięty a pozostałe budynki i źródło mineralne znalazło się bez opieki. Dopiero w r. 1928 przeszedł zakład ten pod zarząd Departamentu Służby zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewn. (teraz Ministerstwie Opieki Społecznej), który po dokupieniu obszaru potrzebnego do rozwoju w ramach dzisiejszych potrzeb nowoczesnego zdrojowiska, przystąpił do remontu i uruchomienia zakładu w Szkle. W dniu 19. VI. 1932 uruchomiono odnowione łazienki siarczane (22 kabin) zaopatrzone w wanny systemu Schwarza (ogrzewanie wody dopiero w wannie), zapewniającego najskuteczniejsze działanie lecznicze kąpieli. Wanny tego typu i ten sposób ogrzewania zastosowano do wód siarczanych wogóle po raz pierwszy w Szkle, uzyskując odrazu znakomite rezultaty lecznicze. Obecnie w r. 1933 doprowadził Lwowski okręgowy Zakład elektryfikacyjny do Szkła prąd elektryczny z elektrowni okręgowej we Lwowie, co uważać należy za wielki krok naprzód w rozwoju tego zdrojowiska. Kończy się bowiem nietylko budowa miejscowej sieci elektrycznej dla celów oświetlenia, ale powstaje w zakładzie

zdrojowym także i zakład elektroterapji, jako cenne uzupełnienie środków leczniczych. Ponadto na ukończeniu jest urządzenie łazienek borowinowych pełnych i częściowych oraz okładów. Wszystkie te inwestycje będą czynne już z początkiem bieżącego sezonu kąpielowego, co rozszerzy znacznie możliwości lecznicze Szkła. Borowina szkielska, wydobywana z pokładów torfowiskowych z okolic źródeł siarczanych zalicza się według analizy dokonanej przez Chemiczny Instytut badawczy w Warszawie do grupy borowin siarczano-wapienno-żelazistych.

Dokonane dotychczas inwestycje wskrzeszają na nowo świetną tradycję Szkła, a ponieważ ceny zabiegów leczniczych oraz pobytu w tem odmłodzonem zdrojowisku są narazie najniższe w Polsce, — przeto mimo obecnego kryzysu zdrojowisko to pozwala potrzebującym kuracji na łatwe i szerokie korzystanie z jego cennych własności leczniczych. W tym momencie tkwi cała wartość i zasługa przywrócenia tego zaniedbanego zdrojowiska cierpiącym obywatelom Polski. Nadmienić jeszcze należy, że wartość wyjątkową Szkła zrozumiał od lat Zarząd Kasy Chorych we Lwowie, który mimo zamknięcia przez szereg lat państwowego zakładu leczniczego w Szkle, utrzymywał tam swą lecznicę z osobnemi łazienkami, które, mimo iż korzystały ze znacznie słabszej wody siarczanej niż zakładowa, dawały przez długi szereg lat znakomite wyniki lecznicze. Od bieżącego roku Kasa Chorych korzystać już będzie także wyłącznie z łazienek i innych środków leczniczych państwowego Zakładu zdrojowego.

Dr. Norbert FELLER, Lekarz zdrojowy. Szkło.

Kilka uwag w sprawie wskazań i przeciwwskazań do leczenia w Szkle.

Do artykułu Prof. O. Nadolskiego chciałbym jeszcze dorzucić parę uwag odnoszących się do wskazań i przeciwwskazań leczenia w Szkle.

Przytem zaznaczam, że nie chciałbym się powtarzać ponieważ w nr. 32. P. G. L. 1932, pisałem obszerniejszy artykuł tej treści.

Chciałbym przedewszystkiem podkreślić, że wskazania te nie powinny być zbyt szerokie. Mam wrażenie, że minęły już bezpowrotnie czasy, kiedy każde prawie zdrojowisko uważało, że może leczyć prawie wszystkie schorzenia. Rozsądniejszem jest, by zdrojowiska dążyły raczej do pewnej specjalizacji, rozbudowywały się w ten sposób, by mieć urządzenie do leczenia pewnych ściśle ograniczonych grup schorzeń.

Jeśli chodzi o Szkło w szczególności, należy podkreślić, że zdrojowisko nasze w tym roku zyskuje dwa walne środki leczenia schorzeń reumatycznych, o czem już wyżej pisze p. Rektor Nadolski. W bieżącym sezonie bowiem mają być oddane do użytku kuracjuszy kąpiele borowinowe, których brak dawał się w ubiegłych latach bardzo odczuwać, oraz mały zakład elektroterapeutyczny. O ważności tych dwu rodzajów zabiegów leczniczych niema potrzeby w tem miejscu dłużej się rozwodzić.

Wracam obecnie do wskazań. Główną domenę leczniczą Szkła jako zdroju siarczanego stanowią:

1) *Sprawy pozapalne gośćcowe*, zarówno stawowe, jak też mięśniowe i nerwowe. Do tej grupy należą więc sprawy po przebytym ostrym gośćcu wielostawowym *(Polyarthritis rh. acuta)*, bóle i zapalenia gośćcowe mięśni *(Lumbago, caput obstipum)*, wkońcu bóle i zapalenia gośćcowe nerwów jak zapalenie nerwu kulszowego i t. d.

Niech mi wolno będzie na tem miejscu jeszcze raz podkreślić, że do leczenia zdrojowego bezwzględnie nie należy kierować przypadków o niezupełnie jeszcze uspokojonym stanie zapalnym. Podkreślam to dlatego, ponieważ w każdym prawie sezonie zdarzają się przypadki, które ulegają takiemu zaostrzeniu po zastosowaniu kąpieli, że lekarz zdrojowy zmuszony jest przerwać leczenie, a nawet czasem kierować zpowrotem do stałych miejsc zamieszkania. Przypadki takie są bardzo przykre i niepożądane przedewszystkiem dla chorego, a też dla lekarza ordynującego i zdrojowego, który przecież nie chce do pewnego stopnia dezawuować ordynatora domowego.

Nie wolno również zapominać o tem, że przez takie nierozważne kierowanie chorych do zdrojowiska naraża się na straty materjalne instytucję ubezpieczeniową, która wysyła danego pacjenta, albo chorego samego, co w obecnym, ciągle się jeszcze pogłębiającym kryzysie jest stanowczo niepożądane. Wkońcu transport powrotny tego rodzaju chorych przedstawia wielkie trudności.

2) *Skaza moczanowa* względnie dna *(Arthritis urica)*, która bardzo dobrze leczy się w Szkle, zwłaszcza obecnie, kiedy będzie do dyspozycji chorych borowina i kuchnia dietetyczna.

3) *Zmiany stawowe na tle dokrewnem* zwłaszcza sprawy w okresie przekwitania.

4) *Sprawy pourazowe* (obrzęki względnie wysięki po złamaniach lub zwichnięciach).

5) Niektóre *sprawy ginekologiczne* (wysięki okołomaciczne, przypadki zaburzenia w miesiączkowaniu, upławy i t. d.).

6) Niektóre sprawy *skórne*, zwłaszcza zaś łuszczyca, co do których często mogłem stwierdzić bardzo wybitną poprawę pod wpływem kąpieli siarczanych w Szkle.

7) Sprawy *neuralgiczne* jak rozmaite postacie porażeń i niedowładów.

Wszystkie wyżej wymienione sprawy leczy się nietylko kąpielami, lecz stosuje się inne zabiegi pomocnicze jak mięsienie, gimnastykę leczniczą, elektroterapję, leczenie dietetyczne i t. d.

Chciałbym wkońcu powiedzieć parę słów o przeciwwskazaniach. Do leczenia w Szkle nie nadają się: 1) sprawy gruźlicze, zarówno postacie płucne jak też t. zw. poncetowskie, 2) sprawy krwotoczne, 3) niewyrównane wady serca, 4) sprawy nowotworowe (złośliwe), 5) wkońcu sprawy gośćcowe zapalne, ostre ze stanami gorączkowemi i innemi objawami zapalnemi, o czem już wyżej szerzej mówiłem.

Krótki ten artykuł ma na celu przypomnieć jeszcze raz kolegom nasz najstarszy, obecnie ponownie się rozwijający zdrój i jego walory lecznicze.

Zdzisław SKIBIŃSKI. Zakopane.

O Zakopanem jako jednym z ośrodków walki z gruźlicą w Polsce.

W piśmiennictwie polskiem ukazało się ostatnio kilka prac o Zakopanem. J. Żychoń wygłosił referat „O Zakopanem jako miejscowości klimatyczno-leczniczej" na IV-tym ogólnopolskim zjeździe przeciwgruźliczym w Zakopanem w r. 1931 i w 5-tym zesz. „Gruźlicy" z r. 1932 ogłosił artykuł p. t. „Projekt utworzenia w Zakopanem instytutu dla badania klimatu i gruźlicy". W 12-tym zesz. „Nowin Lekarskich" z r. 1932 ukazała się praca St. Rudzkiego o „Zdrojowiskowem i uzdrowiskowem leczeniu gruźlicy". Nadto wyłącznie lecznictwu w Zakopanem poświęcony był 2-gi numer czasopisma „Zakopane i Tatry" z r. 1932. W pracach tych znaleźć można szczegółowe dane o Zakopanem, jako ośrodku walki z gruźlicą w Polsce. W artykule niniejszym podam tylko rzeczy najważniejsze.

O klimacie wysokogórskim.

W leczeniu gruźlicy wysuwa się na pierwszy plan leczenie nieswoiste, mające na celu podniesienie ogólnej odporności ustrojowej. Osiągnąć się to daje między innemi zapomocą leczenia klimatycznego. W leczeniu tem odgrywają rolę następujące momenty: usunięcie szkodliwości, któreby mogły zaburzać leczenie, spokój fizyczny i duchowy, pobudzenie przemiany materji i usprawnienie fizjologicznej czynności narządowej, przedewszystkiem narządów krwiotwórczych, krążenia, oddechania, trawienia i skóry. Z wymienionych czynników dwa pierwsze zastosować można w klimacie własnym, w którym chory przebywa, dwa zaś ostatnie, które są szczególnie ważne dla leczenia, mogą działać tylko w klimacie obdarzonym specjalnemi właściwościami.

Leczenie wypoczynkowe (spokój fizyczny i duchowy) łatwo można przeprowadzić przez zwyczajne wyrwanie chorego z kręgu jego pracy, zainteresowań i trosk, czyli przez zmianę samego środowiska, za czem nie musi jeszcze iść zmiana warunków klimatycznych. Również w zakładach zaopatrzonych w urządzenia dodatkowe można do pewnego stopnia zaspokoić i drugi punkt leczenia klimatycznego, t. j. uchronić chorego od szkodliwych wpływów środowiska, jak nieświeże i nieczyste powietrze, złe odżywianie się i t. p. Jeżeli jednak pod miano tych szkodliwości podciągnie się także wielkie wahania temperatury dobowej, wiatry oziębiające powierzchnię ciała, wysoką wilgotność względną i bezwzględną atmosfery z powodu obfitych opadów i nieprzepuszczalności gruntu, to tych szkodliwości usunąć się nie da w zakładzie, znajdującym się w klimacie nieodpowiednim.

Wyższość klimatu górskiego nad nizinnym występuje przedewszystkiem wtenczas, gdy chcemy oddziałać na proces chorobowy przez pobudzenie przemiany materji. Jest to ważne, gdy mamy do czynienia z gruźlicą. Przekonano się bowiem, że stadja gruźlicy zdolne do poprawy i wyleczenia, a więc gruźlica gruczołowa, gruźlica błon surowiczych, opłucnej i otrzewnej, gruźlica płuc początkowa, nacieki wczesne, stadja dalsze o charakterze przewlekłym, jakkolwiek postępujące, dają trwalsze i w krótszym czasie osiągalne wyniki w klimacie górskim, aniżeli w klimacie nizinnym.

Stadja zaś końcowe gruźlicy, połączone z wyniszczeniem i toksycznym rozpadem tkanek, oddziaływują lepiej na klimat ciepły, łagodny, nizinny i morski, aniżeli na klimat górski, zimny, podniecający.

Ponieważ czynnikami klimatycznemi, które pobudzają przemianę materji, są zmniejszone ciśnienie częściowe tlenu, większe bogactwo promieni chemicznych pozafiołkowych w powietrzu i pewne związki chemiczne, które tworzą się w atmosferze pod wpływem energji promienistej, przeto oddziaływać na proces chorobowy drogą pobudzania przemiany materji możemy tylko w klimacie górskim, wysokogórskim. Prócz wpływu na przemiane materji w klimacie wysokogórskim następują także pewne przesunięcia w składzie elektrolitów w sokach ustrojowych, które są korzystne dla leczenia gruźlicy, jak również w organiźmie powstają łatwiej pewne witaminy, niezbędne do asymilacji wapnia w ustroju. Na skutek zwiększonej przemiany materji organizm wzmacnia się, zjawiska regeneracyjne i wyrównawcze odbywają się łatwiej, zmiany chorobowe cofają się szybciej.

Następnie w klimacie wysokogórskim istnieją warunki naturalne do usprawnienia czynności fizjologicznej narządów krwiotwórczych, krążenia, oddechania, trawienia i skóry. Zmniejszone ciśnienie częściowe tlenu działa jako bodziec lekki, lecz stały, który zwieksza pracę i zarazem wyrabia i wzmaga siły mięśni oddechowych i serca. Akcja serca i oddechanie uspokaja się i pogłębia. Ogólna ilość krwi zwiększa się. Z powodu zwiększonej przemiany materji wzmaga się łaknienie i reguluje się trawienie. W skórze bodźce klimatyczne rozwijają aparat naczynioruchowy, którego rola w zabezpieczeniu organizmu przed t. zw. chorobami z przeziębień jest dobrze znana. Skóra, która blednieje na zimnie, znamionuje, jak wiadomo, ustrój podatny na przeziębienie; skóra zaś, która czerwieni się, znamionuje ustrój oporny na przeziębienie. Skórę hartuje się w różny sposób, a więc przy pomocy zabiegów hydroterapeutycznych, wodolecznictwa hartującego, drażnienia zimnem, wodą i powietrzem, stosując kąpiele morskie, powietrzne i słoneczne (opalanie się). W gruźlicy posługujemy się środkami możliwie najmniej niebezpiecznemi.

Idealną miejscowością klimatyczną dla leczenia gruźlicy byłaby taka, któraby miała odpowiednie wzniesienie ponad poziom morza, odpowiednio niskie ciśnienie barometryczne, wielkie nasłonecznienie, czyste i suche powietrze, małe wahania ciepłoty, mało opadów atmosferycznych, grunt suchy i przepuszczalny, któraby była chroniona od wiatrów i następnie posiadała odpowiednie urządzenia higjeniczno-sanitarne i zakłady lecznicze wyposażone w urządzenia do elektro-aktyno- i hydroterapji. Gdyby nadto taka miejscowość posiadała warunki do przeprowadzania wodolecznictwa solankowego, to znaczenie jej dla leczenia także i gruźlicy gruczołowej i kostnej znacznieby na tem zyskało. Taka miejscowość nie nadawałaby się tylko do leczenia stadjów gruźlicy daleko zaawansowanych, łącznie z gruźlicą krtani, które wymagają ciepłoty łagodniejszej, większej wilgotności powietrza, które nie znoszą skoków temperatury i wymagają oszczędzania narządów krążenia i oddechania.

Takiej idealnej miejscowości klimatycznej niema jednak nigdzie na świecie. Według Romera ujemną właściwością każdego klimatu górskiego są znaczne różnice pomiędzy temperaturą dnia i nocy, silne wiatry i towarzyszące im zmiany wilgotności, częstsze i obfitsze opady.

W Polsce mamy do dyspozycji klimat górski i nizinny wraz z leśnym. Nasz klimat morski należy do pobudzających, wpływa głównie na zahartowanie skóry, dla leczenia gruźlicy jest nieodpowiednim. Według S z m u r ł y kąpiele mineralne solankowe i kąpiele powietrzne w sąsiedztwie tężni w cieplicy solankowej radjoczynnej w Ciechocinku dzięki obecności pary wodnej, zawierającej sól w stanie rozpuszczonym i krystalicznym, i dzięki obecności ozonu w powietrzu, który wywiera wpływ podniecający i osuszający drogi oddechowe, mogą do pewnego stopnia zastąpić u nas brak ciepłego morza. Według R u d z k i e g o „kilkadziesiąt czynnych w kraju zdrojowisk o niezwykłych bogactwach kruszcowych, przeszło setka miejscowości klimatycznych, górskich, podgórskich i nizinnych, leśnych, wciąż doskonalących się i idących za postępem czasu, dają możność leczenia się już teraz pół miljona Polakom u siebie w kraju, którzy pozostawiając w ten sposób przeszło 400 miljonów złotych rocznie w Polsce, nie wydadzą ich zagranicą w obce ręce, jak się to dzieje obecnie".

Na podstawie przytoczonych danych najlepsze warunki do leczenia gruźlicy posiada klimat górski. Z drugiej jednak strony nie da się zaprzeczyć, jak pisze Ż y c h o ń, że można osiągnąć dobre wyniki również i na nizinach. W myśl tych też przekonań D u n i n założył jeszcze w r. 1899 sanatorjum w Rudce pod Warszawą, D o b r z y c k i w Mieni, G e i s l e r w Otwocku, S. S t e r l i n g pod Łodzią, A. S o k o ł o w s k i i C h e ł m o ń s k i budowali leżalnie dla chorych na gruźlicę przy swych oddziałach szpitalnych w Warszawie, a W r z e ś n i o w s k i leczył gruźlicę kostną w ogrodzie szpitalnym w Częstochowie.

Odbiciem tych poglądów jest także dyskusja, jaka się toczyła na ogólnopolskim zjeździe przeciwgruźliczym w Zakopanem, w której kilku mówców wypowiedziało się gorąco za leczeniem gruźlicy w klimacie własnym nizinnym (J a n i s z e w s k i, S z c z e p a ń s k i, B r o s s), inni zaś za leczeniem w klimacie wysokogórskim (F i s c h e r).

Aby zorjentować się, ile słuszności przemawia za jednem stanowiskiem a ile za drugiem, to musimy wziąć pod uwagę pewne fakty. Jak już widzieliśmy, klimat górski rozporządza takiemi czynnikami, jak niskie ciśnienie barometryczne, intensywna insolacja, pobudzanie przemiany materji, których brak innym rodzajom klimatów. Nic też dziwnego, że klimat górski ma szczególne znaczenie, według niektórych wprost swoiste, w leczeniu gruźlicy. W zgodzie z tem pozostają dane statystyczne, zebrane przez P o n i k ł e dla Poronina, a przez C h e ł c h o w s k i e g o dla Zakopanego, z których wynika, że stosunek śmiertelności na gruźlicę w tych miejscowościach do śmiertelności w powiecie krakowskim przedstawia się jak 2,8 : 15.

Dalej podkreślić należy jeszcze jeden ważny moment. Ż y c h o ń temi słowy wyraża się w swej pracy o Zakopanem: „Wychodząc z założenia, że klimat, użyty jako środek leczniczy, ma być bodźcem, to musimy uwzględnić, że na mieszkańca nizin już małe wzniesienie będzie działało drażniąco; mieszkańca zaś gór musimy wysłać wyżej, aniżeli leży jego stałe miejsce zamieszkania". L a ë n n e c uważał, że „ze wszystkich środków, które mogą powstrzymać lub zupełnie wyleczyć gruźlicę, najpotężniejszym jest zmiana miejsca pobytu" (R u d z k i). W zrozumieniu tego znaczenia zmiany miejsca pobytu Anglicy już od początków XIX wieku wysyłali chorych na południe celem wykorzystania odmiennych właściwości klimatu południowego.

Jeżeli więc teraz weźmiemy pod uwagę, że tylu poważnych ftizjologów polskich staje na stanowisku skuteczności leczenia gruźlicy w klimacie nizinnym, to musimy to rozumieć w ten sposób, że poprawę tę osiągano tylko dzięki zastosowaniu leczenia wypoczynkowego, leżakowania i lepszego odżywiania. Są to bowiem czynniki ważne w leczeniu, zwłaszcza gdy chodzi o chorych, znajdujących się w złych warunkach życiowych i higjenicznych. Prawdopodobnie wynik leczenia u tych chorych byłby jeszcze lepszym i nastąpiłby w krótszym czasie, gdyby do tych czynników dietetyczno-higjenicznych dołączyły się jeszcze właściwe czynniki klimatyczne. Samo leczenie wypoczynkowe będzie mało skutecznem u chorych, których organizm nie jest wyniszczonym czyto przepracowywaniem się czy też niedokarmianiem się. U tych chorych bodźcem, który może korzystnie oddziałać na przebieg choroby, może być tylko bodziec klimatyczny, który jedynie potrafi pobudzić ich przemianę materji. Dla Polski, jako kraju nizinnego, takim bodźcem mogą być tylko Karpaty, Beskidy i przedewszystkiem Tatry.

Dalsze potwierdzenie tego faktu, że bodźcem klimatycznym może być tylko zmiana miejsca pobytu, znajduję w statystyce, jaką przygotowałem na podstawie materjału zakopiańskiej Poradni przeciwgruźliczej na ogólnokrajową wystawę w Poznaniu w r. 1929. Porównując wyniki leczenia u stałych mieszkańców Zakopanego i przyjezdnych chorych doszedłem do cyfr, które przemawiają wybitnie na niekorzyść zakopiańczyków, leczących się w klimacie własnym, wysokogórskim.

Na zakończenie tego wstępu o klimacie wysokogórskim wspomnę jeszcze o innych wskazaniach do leczenia w tym klimacie prócz gruźlicy. Są to choroby krwi, niedokrwistości, nerwice, neurastenja, choroba Basedowa, różne zaburzenia narządów trawienia. Następnie klimat górski wywiera bardzo korzystny wpływ na rozwój dzieci wątłych, obciążonych dziedzicznie, skłonnych do chorób płucnych, czyli t. zw. „zagrożonych". Wiedzieli o tem już D i e t l i C h a ł u b i ń s k i i dlatego skierowywali dziatwę szkolną do Zakopanego na wakacje, a F l o r k i e w i c z zapisał swą posiadłość w Zakopanem na rzecz gimnazjum dla słabowitej młodzieży z całej Polski.

Zakopane pod względem meteorologicznym.

Zakopane, zalecane na stację klimatyczną jeszcze w r. 1873 przez C h a ł u b i ń s k i e g o, jest największem i najlepiej urządzonem uzdrowiskiem górskiem w Polsce. Jest ono czynnem przez cały rok. W tem miejscu należy z naciskiem podkreślić, że błędnym jest szeroko rozpowszechniony pogląd, że Zakopane nadaje się do leczenia tylko w miesiącach zimowych i letnich. Wiosna i jesień jest wszędzie mało zdrowotną porą, zwłaszcza dla gruźliczych, lecz klimat górski jest zawsze pod tym względem lepszym od nizinnego, gdy wysokie wzniesienie, zapomocą którego działa leczniczo, ze zmianą pór roku nie ulega zmianie. Wiosna w Zakopanem trwa krótko a jesień należy stale do pięknych.

Zakopane poza uzdrowiskiem jest równocześnie jeszcze stacją turystyczno-sportową. Taki dwoisty charakter Zakopanego mniej zapewne szkodzi celom leczniczym, aniżeli sportowo-rozrywkowym Zakopanego. Zatwierdzony przez rząd plan regulacyjny przewiduje jako dzielnicę dla chorych Gubałówkę, która ma jeszcze większe walory klimatyczne od samego Zakopanego. W chwili obecnej znajduje się już 5 zakładów leczniczych na południowych stokach Gubałówki.

Zakopane leży 800—1000 m ponad poziomem morza. Średnie ciśnienie barometryczne wynosi 688.2 mm słupa rtęci; najmniejsze jest ono w marcu, największe we wrześniu. Średnia roczna temperatura powietrza wynosi + 4,8⁰. Minimum przypada na styczeń: — 4,5⁰, maximum na lipiec: + 14,2⁰. Są to dane obliczone na podstawie 16-letnich notatek zakopiańskiej stacji meteorologicznej. Średnia roczna wilgotność względna powietrza wynosi 76%; o pierwszej godzinie w południe nawet 71%. Najmniejszą jest ta wilgotność w kwietniu i maju, bo wynosi tylko 71%, największą jest w listopadzie, wynosi 80%. Średnia roczna wilgotność bezwzględna wynosi 5,7 mm wody, w grudniu 2,9 mm, w lipcu 9,5 mm. Roczna suma opadów wynosi 1185 mm wody, w tem 20% śniegu. Minimum przypada na luty: 50 mm, maximum na lipiec: 185 mm. Pokrywa śnieżna leży przeciętnie od 18 listopada do 1 kwietnia i dochodzi do 1 m grubości. Przeciętnie dni w roku z opadami jest 165; jeżeli od tego odliczyć opady nocne, to dni z opadami dziennemi pozostanie tylko 73. Jest to średnia z ostatnich 10 lat. Wiatry przeważają z południowego zachodu i południa. Wczesnym rankiem i wieczorem bywa w Zakopanem przeważnie cisza. Wiatry halne wiały w ostatnich 10 latach po 13—20 dni w roku, przeciętnie po 2 dni w każdym miesiącu. (Szwajcarja notuje po 32 dni w roku wiatrów *(Föhn)*. Ilość godzin słońca w roku wynosi 1564, co stanowi 39% usłonecznienia możliwego. Co do natężenia promieniowania słonecznego, to niestety ten dział klimatologji jest jeszcze mało opracowany dla Zakopanego. Częściowo badał je F e d e r o w i c z i S t e n z, którzy stwierdzili, że nasłonecznienie Gubałówki niewiele ustępuje Leysin. Obecnie S t e n z przystąpił do tych badań na szerszą skalę dzięki pomocy, udzielonej przez fundusz Instytutu badań nad gruźlicą i klimatem w Zakopanem. Co do czystości powietrza, to na podstawie badań K r y ń s k i e g o i B u j w i d a, należy uznać je za „bardzo czyste“ pod względem chemicznym i bakterjologicznym. Z powodu przepuszczalności gruntu i wielkiego spadku terenu, na którym leży Zakopane, następuje szybkie wysychanie opadów atmosferycznych.

Zakłady lecznicze.

Od r. 1886 urzęduje w Zakopanem Komisja Klimatyczna, która czuwa nad urządzeniami sanitarnemi uzdrowiska. Zakopane ma wodociąg, komfortowo urządzone łazienki i park, posiada pogotowie ratunkowe, dobrze rozbudowany aparat dezynfekcyjny, blisko 40 km jezdni i dróg bitych. Największą bolączką Zakopanego jest brak do tej pory kanalizacji.

Lecznictwo skupia się w sanatorjach i domach zdrowia. Prócz tego wielu lżej chorych umieszcza się w pensjonatach, które znajdują się pod stałym nadzorem sanitarnym. Łóżek dla chorych we wszystkich zakładach jest 1604. W r. 1931 leczyło się w tych zakładach 7125 chorych. Jest to liczba znacznie mniejsza od maksymalnej, gdyby wszystkie miejsca przez cały rok były zajęte. W ostatnim roku frekwencja chorych w zakładach spadła bardzo znacznie, przeciętnie o 40%. Przyczyny tego zjawiska szukać należy z jednej strony w stosunkach gospodarczych kraju, z drugiej zaś w coraz więcej szerzonych nawoływaniach do leczenia chorych w ich własnym klimacie.

Sanatorjum wojskowe im. Marszałka Piłsudskiego. Najstarszem (a swego czasu jedynem sanatorjum dla płucno chorych w Polsce) jest Wojskowe Sanatorjum im. Marszałka Piłsudskiego, wybudowane w r. 1902 przez dr. K. i Br. D ł u s k i c h, a nabyte w r. 1928 przez wojskowość. Leży ono na południowych stokach Gubałówki, 5 km oddalone od Zakopanego. Łóżek ma 200 i służy dla wojskowych i ich rodzin z przeznaczeniem dla lżejszych postaci gruźlicy.

Sanatorjum Akademickie. Równie starem a nawet jeszcze starszem, bo początkami swemi sięgające r. 1900, jest Sanatorjum Akademickie, które od r. 1932 rozporządza nowym potężnym, żelbetonowym gmachem, obliczonym na 150 chorych. Do tego czasu istniało pod nazwą akademickiego Domu Zdrowia i sanatorjum „Bratnia Pomoc“. Pod względem technicznym, sanitarnym i urządzeń klinicznych i laboratoryjnych, Sanatorjum Akademickie odpowiada wszelkim wymogom współczesnej wiedzy lekarskiej o leczeniu gruźlicy. Jest przeznaczone dla leczenia chorych gruźliczych słuchaczów (czek) szkół wyższych, rokujących poprawę.

Sanatorjum „Odrodzenie“. Sanatorjum Towarzystwa Domów Zdrowia Polskiej Młodzieży Katolickiej „Odrodzenie“ istnieje od r. 1913. Początkowo rozporządzało tylko 54 łóżkami. W r. 1920 uruchomiło Zakład profilaktyczny dla młodzieży zagrożonej gruźlicą, liczący 44 łóżek. Od r. 1931 mieści się we własnym, 4-piętrowym gmachu, wspaniale urządzonym, na południowych stokach Gubałówki. Obecnie liczy 90 łóżek. Przeznaczone jest przedewszystkiem dla młodzieży szkół średnich, prócz tego dla akademików, młodzieży bez zawodu, nauczycieli i rzemieślników.



Sanatorjum Akademickie w Zakopanem.



Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża.



Dziecięcy Zakład leczniczy U. J.

Sanatorjum Pol. Czerwonego Krzyża. Sanatorjum P. C. K. powstało z dawnego zakładu wodoleczniczego dra Chramca. W czasie wojny służył cały budynek zgodnie z zasadami Czerw. Krzyża wyłącznie celom wojskowym, mieszcząc chorych i rannych żołnierzy i oficerów. Od r. 1921—1928 był zakładem wypoczynkowym dla rekonwalescentów i lżejszych postaci gruźlicy. Ponieważ był to jedyny zakład w Zakopanem, który służył wszystkim warstwom społeczeństwa, niezorganizowanym w związki zawodowe, przeto przekształcono go w pełne sanatorjum dla płucnochorych, rokujących poprawę. Od tego czasu przeprowadzono wiele adaptacyj i dziś znajduje się zakład na poziomie innych nowoczesnych sana-

torjów. Liczy 200 łóżek. Dzięki umowie z Dep. Sł. Zdrowia może obecnie każdorazowo znaleźć pomieszczenie po cenach ulgowych 120 urzędników, w tem 40 niższych funkcjonarjuszy państwowych.

Dziecięcy Zakład Leczniczy Uniwersytetu Jagiellońskiego. Sanatorjum dziecięce powstało ze Schroniska dla dzieci dotkniętych klęską wojny, założonego w r. 1917 przez krakowski Komitet Książęco-Biskupi. W r. 1922 Uniwersytet Jagielloński przystąpił do budowy wielkiego sanatorjum na 300 łóżek, dla leczenia wszystkich postaci gruźlicy dziecięcej, tak płucnej, jak i chirurgicznej. Obecnie całość budowy i urządzeń wewnętrznych jest już na ukończeniu. Przy Zakładzie znajduje się 7-miooddziałowa szkoła z prawami szkół publicznych. Do Zakładu przyjmowane są dzieci w wieku od 6—14 lat, wyjątkowo dzieci młodsze lub starsze. Sanatorjum leży na Bystrem przy drodze do Jaszczurówki.



Sanatorjum Związku Nauczycieli Szkół Powszechnych.

Sanatorjum Związku Nauczycielstwa Polskiego. Związek Nauczycielstwa Szkół Powszechnych urządził po wojnie dla celów leczenia swych członków Dom Zdrowia, który liczył 36 łóżek i był przeznaczony dla gruźlicy zamkniętej. Następnie dzięki dobrowolnemu opodatkowaniu się wszystkich członków Związku stworzono w r. 1926 wielkie sanatorjum na 180 łóżek z najbardziej nowoczesnemi urządzeniami sanitarnemi i lekarskiemi. Sanatorjum przyjmuje na leczenie chorych, należących do Związku z wszystkiemi postaciami gruźlicy.



Sanatorjum — Policyjny Dom Zdrowia.

Sanatorjum Stowarzyszenia „Policyjny Dom Zdrowia". Sanatorjum Stow. P. D. Z. istnieje od r. 1928, początkowo w willi „Siemianówka", następnie od r. 1929 w dwóch własnych wielkich gmachach, z których jeden przeznaczony jest dla lżej chorych, drugi dla ciężej chorych. Do sanatorjum przyjmowani są wyłącznie policjanci i ich rodziny.

Sanatorjum Związku Pracowników Poczt., Telegr. i Telef. Sanatorjum to powstało po przeróbce z pensjonatu „Sanato", budowanego dawniej na sanatorjum. Znajduje się na stoku Antałówki. Liczy 80 łóżek. Przyjmuje chorych należących do Związku i chorych prywatnych.

Dom Zdrowia Kasy Chorych m. Warszawy. Dom Zdrowia, uruchomiony w r. 1925, stopniowo się rozwijał i w r. 1930 zajmował 4 wille z pomieszczeniem dla 112 chorych. Kuracjuszów przysyła Warszawska Kasa Chor. na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej.

„Warszawianka", Lecznica dla członków ubezp. w Zakładach Ubezp. Pracown. Umysłowych. Lecznica jest własnością Zakładu Lwowskiego. Otwartą została w r. 1930. Posiada 100 łóżek. Służy dla potrzebujących leczenia klimatycznego z wyłączeniem gruźlicy rozpadowej.



Sanatorjum Związku Pracowników Poczt i Telegr. w Zakopanem. Strona południowa Sanatorjum.



Kasa Chorych.



Szpital Klimatyczny.

Dom Zdrowia Stow. Urzędników Państwowych. Dom Zdrowia prowadzony od szeregu lat w Zakopanem znalazł ostatnio pomieszczenie w nowym budynku na Bystrem. Ma do dyspozycji 60 łóżek i służy przedewszystkiem dla członków Stowarzyszenia.

Dom Zdrowia Modrzejów narod.-chrześcij. Stowarzyszenia Nauczycielstwa Szkół Powszechnych jest czynnym od r. 1923. Ma pomieszczenie dla 45 chorych.

Dom Wypoczynkowy „Cieszynianka", własność Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przeznaczony jest dla urzędników śląskich i ich rodzin. Chorzy z gruźlicą otwartą nie są przyjmowani. Łóżek 50.

Szpital klimatyczny. Wybudowany w r. 1923 z funduszów Gminy, Uzdrowiska i Komisarjatu dla walki z epidemjami, liczy obecnie 125 łóżek, ma oddział dla chorych płucnych (gruźlicy zamkniętej i otwartej), chorych chirurgicznych (w tem gruźlicy kostnej), chorych położniczo-ginekologicznych i chorych zakaźnych. Personal szpitalny lekarski i pielęgniarski pełni równocześnie funkcje Pogotowia Ratunkowego.

Ośrodek Zdrowia w Zakopanem posiada poradnię przeciwgruźliczą, przeciwkiłową, przeciwjagliczą oraz poradnię dla matki i dziecka. Mieszczą się one w budynku Kasy Chorych. Poradnia przeciwgruźlicza prowadzona przez lokalny Komitet Czerw. Krzyża istniała na terenie Zakopanego od r. 1916 do 1930. W r. 1928 Kasa Chorych otworzyła własną poradnię przeciwgruźliczą. Poradnia ma higjenistkę jedną dla chorych kasowych i drugą dla pozakasowych, które prowadzą wywiady na mieście.

Ruch naukowo-lekarski w Zakopanem.

W Zakopanem pracuje przeszło 50 lekarzy. Część zajęta jest w sanatorjach, domach zdrowia, w szpitalu i kasie chorych; reszta pracuje prywatnie. Większość należy do Towarzystwa Lekarskiego, które po reorganizacji w r. 1928 odbywa co miesiąc posiedzenia naukowe, na których referowane są prace oryginalne przez członków. Obok Towarzystwa istnieje jeszcze Koło Lekarzy sanatoryjnych, jako sekcja Zrzeszenia Dyrektorów Sanatorjów, do którego należą lekarze miejscowych sanatorjów. Koło urządza co dwa tygodnie posiedzenia, kolejno w różnych sanatorjach, na których wygłaszane są referaty na różne tematy z literatury bieżącej i odbywają się pokazy chorych. Towarzystwo Lekarskie uruchomiło w bieżącym roku czytelnię lekarską, która mieści się w lokalu Klubu Towarzyskiego. Czytelnia prenumeruje większość pism lekarskich polskich i sporo zagranicznych z różnych specjalności.

Praca naukowa doświadczalna skupia się w pracowni przy Sanatorjum Czerw. Krzyża, która ma urządzenia do badań chemicznych, bakterjologicznych, serologicznych i histologicznych. W pracowni wykonują swe prace nietylko lekarze miejscowi, lecz także w wielkiej mierze lekarze przyjezdni, zamiejscowi. Dzięki pracom, jakie wyszły z tej pracowni, zdaje się być już bliską realizacji myśl stworzenia w Zakopanem Instytutu badań nad gruźlicą i klimatem. Tego rodzaju wniosek, postawiony przez dra Żychonia z Zakopanego, został przyjęty przez IV. ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy w Zakopanem. Obecnie zawiązał się komitet organizacyjny, w skład którego wchodzi komitet miejscowy i kilku profesorów uniwersytetu. Na czele komitetu stoi prof. E. Godlewski. Dążeniem komitetu jest zorganizować Instytut w łonie i pod egidą Akademji Umiejętności. Zakopiańskie sanatorja mają udzielać wolnych miejsc zamiejscowym pracownikom, chcącym pracować w Instytucie. Sanatorjum Czerw. Krzyża już obecnie daje pokój z utrzymaniem za minimalnem wynagrodzeniem zgłaszającym się do pracy naukowej w pracowni. Aby jednak przyszły Instytut mógł stanąć na wysokości zadania, niezbedną jest zawsze pracownia biologiczna (taką właśnie zakłada obecnie prof. Godlewski przy Sanatorjum Dziecięcem na Bystrem), następnie dobrze urządzone Obserwatorjum Meteorologiczne i prosektura przy Szpitalu Klimatycznym.

D. DZIUS. Gdynia.

Klimat i wskazania lecznicze wybrzeża morskiego.

Nasze wybrzeże morskie trzeba rozpatrywać pod dwojakim kątem widzenia, o ile chodzi o jego uzdrowiskową wartość.

A mianowicie inaczej wypada opinja, jeżeli oceniamy warunki zdrowotne wybrzeża w toku całego roku, inaczej jeżeli oceniamy te warunki na podstawie spostrzeżeń obejmujących tylko miesiące letnie.

Spostrzeżenia dotyczące całorocznych warunków zdrowotnych wybrzeża polskiego.

Klimat chłodny, a nadewszystko wietrzny nadaje wybrzeżu polskiemu charakter surowy. Nie zachęca to do tworzenia tu zakładów leczniczych czy stałych sanatorjów pracujących przez cały rok dla publiczności z szerszych terenów kraju. To też mimo pociągu, jakie powszechnie odczuwa całe społeczeństwo do polskiego morza, nie powstają na wybrzeżu zakłady lecznicze, obliczone na pacjentów z dalszych stron; te zaś, które już powstały (np. w Orłowie), nie prosperują względnie pracują (Dom Zdrojowy, Towarzystwo Kąpieli Morskich w Gdyni) tylko w sezonie letnim.

Klimat naszego wybrzeża oddziaływuje niedobrze na schorzenia płucne, na rozedmę płuc, na stany astmatyczne, na gruźlicę płuc. Gruźlica płuc jest tak między Kaszubami jak i u ludności napływającej, obficie rozpowszechnioną. Czynnikiem niewątpliwie sprzyjającym jej rozwojowi są silne wiatry. Podmuchy silnych wiatrów powodują nagłą różnicę w ciśnieniu barometrycznem, są tem samem przyczyną wstrząsów w krążeniu krwi i limfy zwłaszcza w tkance płucnej, co prowadzi do uszkodzenia tkanki płucnej. Silne podmuchy wiatrów wtłaczają do płuc na wybrzeżu nietyle kurz ile części składowe żwiru, a więc ostre okruchy kwarcu, które drażniąc błony śluzowe i nabłonki płuc, czynią je podatniejszemi dla wszelkich zakażeń.

Tem tłumaczyć można fakt znacznego rozpowszechnienia gruźlicy płuc na wybrzeżu u ludności tubylczej, jak również fakt wznawiania się i ożywiania gruźlicy u osób napływowych, które proces gruźliczy pomyślnie przebyty miały już poza sobą.

Wyższe ciśnienie barometryczne nad morzem w porównaniu z wnętrzem kraju oddziaływa pomyślnie na zaburzenia krwioobiegu mniejszego stopnia. Pomijając zatem zdecydowaną niedomogę sercową — pacjenci z zaburzeniami serca mniejszego stopnia, skarżący się na dolegliwości sercowe, czują się nad morzem tak w lecie jak i w zimie dobrze.

Osoby starsze o wysokiem ciśnieniu krwi, a więc osoby z silnie rozrośniętą miażdżycą naczyń krwionośnych czują się nad morzem bardzo dobrze. Kaszubi dożywają bardzo późnego wieku. Morze sprzyja zatem podeszłemu wiekowi.

Czy te spostrzeżenia nie dałyby się wykorzystać w szerszych ramach dla tworzenia sanatorjów dla sercowo chorych, dla osób z miażdżycą naczyń krwionośnych, dla osób w podeszłym wieku nadto dla kuracji uzupełniającej po Krynicy, Żegiestowie — pozostaje kwestją otwartą. Konkludując możnaby sformułować wskazania następujące: Osiedlenie się na wybrzeżu polskiego Bałtyku jest nie wskazane dla osób chorych na płuca; osoby natomiast z zaburzeniami funkcyj serca niewysokiego stopnia mogą czuć się na wybrzeżu dobrze.

Spostrzeżenia z letniego okresu na polskiem wybrzeżu.

Zupełnie odmiennie przedstawiają się warunki zdrowotne naszego wybrzeża w okresie letnim od połowy czerwca do połowy września.

Klimat letni naszego wybrzeża jest łagodny; nasłonecznienie doskonałe, plaża zwłaszcza na półwyspie helskim jako też na tak zwanym „wielkiem morzu" o pierwszorzędnej jakości; wiatry w innych porach roku przejmujące i silne stają się w lecie umiarkowane i ożywcze; morze w lecie lazurowe naogół spokojne wykazuje zależnie od okolic pewne różnice: jest spokojniejsze w zatoce a więc w Orłowie, Gdyni i w tych miejscowościach półwyspu, gdzie zatoka jest dostępną i nadaje się do kąpieli np. w Kuźnicy; natomiast mniej spokojne poza zatoką a więc wzdłuż zewnętrznej strony półwyspu, zwróconej ku „wielkiemu morzu", najniespokojniejszem jest przy Rozewiu i Jastrzębiej Górze.

Krajobraz spokojny i łagodny wszędzie, za wyjątkiem Jastrzębiej Góry, gdzie burzliwa fala wespół z interesującemi urwiskami wyniosłych brzegów dają pociągające emocje.

Wszystko to razem wziąwszy daje zewnętrzna szatę na tyle piękną, że stanowi ona zupełnie pierwszego warunku uzdrowisko, dające swoiste piękno przyrody.

Dalsze warunki uzdrowiskowe, jakich dostarcza nam w lecie nasze wybrzeże, są:

1) Kąpiele morskie orzeźwiające, chłodne i słone.
2) Kąpiele słoneczne z plażowaniem.
3) Kąpiele powietrzne.
4) Czyste powietrze, w okolicach z lasami szpilkowemi zwłaszcza na Helu o woni balsamicznej o znacznej zawartości ozonu.

Jednak ani zawartość soli w wodzie morskiej ani ciepłota jej nie wystarczają ku temu, by nad naszem morzem można było prowadzić kurację chorych reumatyków i chorych z zaburzeniami przemiany materji.

Natomiast skład wody morskiej jako też jej niewysoka temperatura są wystarczającemi czynnikami dla hartowania, pobudzenia i rozwijania zdrowych organizmów. Tę pobudzającą kurację uzupełniają w znakomity sposób kąpiele słoneczne i kąpiele powietrzne, sama zmiana klimatu a wreszcie ruch i sporty wodne, pływanie, wiosłowanie.

Ponieważ kuracja hartująca działa pomyślnie na sprawy kataralne dróg oddechowych, z tym efektem leczniczym możemy się zatem liczyć poważnie. Ponieważ słońce, powietrze, słabe solanki

działają pomyślnie na skazę wysiękową i schorzenia gruczołów limfatycznych, możemy leczyć te sprawy na wybrzeżu morskiem. Pomyślne wyniki takiego leczenia były już obserwowane.

W okresie letnim klimat łagodny stwarza także pomyślne warunki dla leczenia klimatycznego schorzeń płucnych, gruźlicy płuc.

Ale musi być ustalony jakiś *modus in rebus*. Musimy zdecydować się, w jaki sposób mamy zamiar wydobyć z polskiego wybrzeża maksymalne korzyści. Wysyłanie nad polskie morze każdego chorego, który tylko może doznać tam poprawy, jest rzeczą niecelową.

Musimy przedewszystkiem przestrzegać zasady, że nie wolno nam mieszać chorych ze zdrowymi.

Twierdzę, że morze polskie i jego wybrzeże dostarczy nam najwięcej pożytku, o ile kierować na nie będziemy wyłącznie ludzi zdrowych, którzy tam udawać się będą nie dla leczenia się ale dla wypoczynku i dla kuracji hartującej. Wybrzeże corocznie winno zaludniać się obozami harcerskiemi, kolonjami młodzieży szkolnej. Całe wybrzeże powinno służyć celom turystyki i sportom wodnym.

O ile sprawy tak będą się kształtować, a one już istotnie obecnie tak sie kształtują, to niema miejsca na wybrzeżu polskiem dla chorych, bo teren ten został zajęty przez zdrowych.

Przy tak postawionem i tak rozwiązanem zagadnieniu obowiązuje nas konsekwencja. Dla konsekwencji więc musimy wrócić do spostrzeżenia podanego w pierwszej części niniejszego artykułu. A mianowicie stwierdziliśmy tam, że na wybrzeżu helskiem jest silnie rozpowszechnioną gruźlica. Obowiązuje nas zasada, że nie wolno nam mieszać zdrowych z chorymi.

Ażeby być w zgodzie z tą zasadą, musimy wysunąć to żądanie. Wybrzeże polskie winno być oczyszczane z gruźlicy. Rozumie się ten postulat należy skierować pod adresem tych czynników, które byłyby w stanie odpowiednią akcję przeprowadzić.

KORESPONDENCJE ze ZDROJOWISK, UZDROWISK i LETNISK.

Przy opracowywaniu tego działu korzystała Redakcja z wiadomości nadsyłanych przez naszych Członków Korespondentów. Ponadto wyzyskano materjał zawarty w artykułach Drów: M. Biernackiego (z Lublina), Z. Dziembowskiego (z Bydgoszczy), E. Obständera (z Bielska) i W. Spychały (z Poznania), których z powodu ograniczonej objętości zeszytu zdrojowego nie mogliśmy w całości umieścić.

Redakcja.

BEREMIANY — Letnisko nad Dniestrem. We Lwowie powstaje spółka z udziałem lekarzy, która projektuje rozbudowę letniska w jarze Dniestru u ujścia Strypy. Brzegi jaru rozstepują się tu szeroko stwarzając rodzaj kotła o pierwszorzędnych znanych właściwościach łagodnego klimatu jaru dniestrowego.

Beremiany leżą w odległości 27 km od stacji kolejowej Buczacz i są połączone z nią dobrą szosą.

BORY TUCHOLSKIE — zajmują znaczne przestrzenie w południowo-zachodniej części województwa pomorskiego. Niema tu uzdrowisk ze specjalnemi urządzeniami leczniczemi. Natomiast liczną frekwencją cieszy się cały szereg letnisk. Łagodny klimat, rozległe lasy szpilkowe, suche przepuszczalne podłoże zapewniają tym miejscowościom pierwszorzędne walory lecznicze, szczególnie dla schorzeń płucnych. Przyroda wyposażyła te okolice w malownicze krajobrazy. Komunikacja dobra kolejowa dwiema linjami, które przecinają omawiany obszar, a to z węzłowej stacji Laskowice do Czerska przez Osie i do Chojnic przez powiatowe miasto Tuchola. Oprócz tego zaprowadzono wygodne połączenia autobusowe. Tanie i wygodne pomieszczenia znajdują się w willach, pensjonatach, dworach i leśniczówkach.

Na wyróżnienie zasługują następujące letniska:

Leosia, przystanek kolejowy 6 km od Laskowic leży na wzgórzach nad rzeką Czarna Woda, posiada uprawnienie do zniżek kolejowych. Lekarz w Laskowicach. Mieszkania na leśniczówkach. Wycieczki do elektrowni w Gródku i do rezerwatu cisów.

Bedlenki w pobliżu Leosi. Mieszkania we dworze.

Tleń, 6 km od stacji kolejowej Osie nad Czarną Wodą. Ulgowe przejazdy kolejowe dla członków towarzystw turystycznych. Lekarz w Osiu. Gości w sezonie znaczną liczbę letników z Pomorza, woj. poznańskiego i warszawskiego.

Tuchola, miasto powiatowe, posiada dobrze wyposażony szpital, zakład kąpielowy i przyrodoleczniczy Kasy Chorych.

W pobliżu Tucholi znajduja się dwa nadleśnictwa *Świt* (5 km) i *Woziwoda* (14 km) nad rzeką Brdą.

W pobliżu tego obszaru leży nad Wisłą miejscowość *Marjanki* pod Świeciem. Posiada zdrój alkaliczny z dość znaczną zawartością kwasu węglowego, który wytryska na terenie majątku tejże nazwy. Właściciel rozsyła wodę z tego źródła w butelkach, używaną jako woda stołowa.

W ostatnich latach przeprowadzono w *BUSKU ZDROJU* szereg inwestycyj: odwiercono nowe źródła wody siarczano-słonej, i zaopatrzono je w odpowiednie pompy; zbudowano elektrownię, która zapewnia całemu zdrojowisku należyte oświetlenie oraz siłę potrzebną do uruchomienia pomp i aparatów medycznych w oddziale przyrodoleczniczym; urządzono nowy pawilon dla częściowych kąpieli mułowych i przeprowadzono remont łazienek ogólnych. Poza tem Zakład przystąpił do wykonania planu ogólnej rozbudowy uzdrowiska, który jest już na ukończeniu a przedwstępne prace, jak wywłaszczenie odpowiednich potrzebnych dla tego terenów są w toku.

Na pierwszym planie projektowanych robót inwestycyjnych, zamierzonych w niedalekiej przyszłości, a do budowy których są już należyte materjały, przewiduje się budowę łazienek II i III klasy, oraz urządzenie nowoczesnych kąpieli słonecznych, które dadzą kuracjuszom możność korzystania z pięknie położonej i urządzonej plaży, natrysków i t. p. Ta ostatnia inwestycja będzie połączona z powiększeniem istniejącego parku.

OKOLICE BYDGOSZCZY. O ile niekorzystny jest klimat samej Bydgoszczy, położonej w zagłębieniu starego koryta Wisły, o tyle jej okolica posiada pod tym względem warunki bardzo dobre.

Pół godziny drogi od Bydgoszczy leży w głębi lasów *Smukała*. Miejscowość ta posiada „Wojewódzkie Sanatorjum dla piersiowo chorych", duży zakład dla 180 chorych, doskonale wyposażony. Wybudowany w celach filantropijnych w r. 1904. przeznaczony jest zakład dla średnio zamożnych, urzędników i członków ubezpieczeń społecznych.

Solec Kujawski położony nad Wisłą, posiada Zakład dla uzdrowieńców Kasy Chorych w Bydgoszczy. W pobliżu leżą letniska *Fordon* nad Wisłą i *Ostromecko* ze znanym zdrojem. Jako letnisko znane jest także *Koronowo*, miasteczko położone nad Brdą.

BYSTRA ŚLĄSKA. Leży na wysokości 370 m nad p. m. między rzeką Białką a Magórą, posiada stację kolejową na linji Dziedzice—Żywiec i połączenie autobusami z Bielskiem. Sezon trwa cały rok. Rozległe lasy iglaste otaczają liczne dworki murowane, pensjonaty i hotele. Bystrę odwiedzają przeważnie chorzy na gruźlicę, nie nadający się do leczenia wysoko-górskiego, lub tacy, którzy przebywszy kurację w Tatrach, stali się ozdrowieńcami.

Znajduje się tu Dom Zdrowia Związku Kas Chorych dla gruźlicy płucnej, prowadzony na sposób kliniczny z nowocześnie urządzoną pracownią rentgenologiczną, oddziałem przyrodolecznictwa i laboratorjami chemiczno-serologicznemi; stosuje się tu także chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc. Zakład przyjmuje również pacjentów prywatnych.

CIECHOCINEK. Wiercenie nowej cieplicy solankowej, rozpoczęte w 1927 r., ukończono w 1931 r. Od dwóch zatem lat wszystkie kąpiele solankowe z wyjątkiem dziecięcych, są przyrządzane z solanki, której przyrodzona ciepłota wynosi przy wypływie 36°. Przeprowadzone w Chemicznym Instytucie Badawczym badania solanki termalnej wykazały jej radjoaktywność; wynosi ona 81.4 jedn. Machego w litrze.

Wydajność cieplicy (250.000 litrów na godzinę) jest tak obfita, że pozwala na użycie solanki termalnej do kąpieli basenowych. Dwa baseny otwarte zostały i uruchomione w 1932 r. Jeden noszący nazwę pływalni solankowo-termalnej posiada potężne wymiary 4.000 m^2 i stopniowaną głębokość od 15 cm do $3^1/_2$ m. Jest to jeden z największych basenów w Europie i służy do stosowania kąpieli o charakterze morskim, wypełniająca go bowiem solanka termalna przez dodanie wody słodkiej odpowiada pod względem stężenia i ciepłoty wodzie morza Śródziemnego.

Drugi mniejszy otwarty basen nazwany „Cieplicą Wspólną" wypełnia się nierozcieńczoną solanką termalną i służy do stosowania normalnych kąpieli solankowych.

W roku bieżącym powstaje trzeci zkolei basen termalny. Dla uniezależnienia się od pogody basen ten wraz z szatniami będzie zaopatrzony w wysoki, kopulasty dach wykonany z elastycznej namiastki szkła, przepuszczającej promienie pozafiołkowe.

Wszystkie baseny wypełnia się bez przerwy bieżącą solanką, posiadają one odpowiednio urządzone rozbieralnie, natryski, klozety i t. d.

W łazienkach rozszerzono oddział zabiegów irygacyjnych. Nowe irygatorjum składa się z 10 gabinetów ginekologicznych,

w których zapomocą odpowiednich przyrządów stosuje się długotrwałe irygacje pochwowe solanką, o stężeniu i temperaturze według zaleceń lekarskich.

Wykończono dwa nowe parki, sadząc kilka tysięcy drzew i krzewów dekoracyjnych, położono nowe chodniki na przestrzeni około 2 kilometrów i wykończono nowy stadjon tennisowy z trybunami dla widzów.

HOŁOSKO WIELKIE — miejscowość położona 2 km od rogatek Lwowa na stokach Roztocza Lwowsko-Tomaszowskiego. Okolicę pokrywają rozległe lasy z przewagą drzew szpilkowych, podłoże piaskowe łatwo przepuszczalne. Lwowskie Tow. Walki z Gruźlicą zbudowało tu lecznicę na 150 łóżek urządzoną skromnie, lecz według wszystkich wymagań nowoczesnej higjeny. Lecznica przyjmuje wszystkie przypadki gruźlicy korzystając oprócz stałego personelu lekarskiego ze współpracy chirurga, ginekologa i laryngologa.

INOWROCŁAW. Podstawą rozwoju tego zdrojowiska jest solanka o roczynie prawie nasyconym. Jest to zarazem jedno z najstarszych zdrojowisk, gdyż w dokumencie z roku 1450, w którym Kazimierz IV. Jagiellończyk odnawiając prawa miasta Inowrocławia, zniszczonego przez Krzyżaków w r. 1431, jest mowa o łaźni miejskiej — *balneum civile.* W łaźni tej istniały w XVI. wieku kąpiele parowe, wanienne i natryski. Nie ulega wątpliwości, że zabiegi stosowane wonczas miały charakter leczniczych kąpieli mineralnych.

Drugą ważną datą w rozwoju Inowrocławia stanowi rok 1835, kiedy odkryto w Inowrocławiu bogate żupy solne. Wiercenia rozpoczęte w roku 1869 wykryły sól kamienną, pokłady soli potasowych i silną stężoną solankę, t. zw. surowicę. Stwierdzenie tak bogatych złoży solnych i wód mineralnych skłoniło Dra Wilkońskiego do założenia w roku 1872 „Towarzystwa Akcyjnego Solankowego", które zakupiło odpowiedni teren, budując na nim część dzisiejszego gmachu solankowego i założyło park. Lecz mimo wszelkich sprzyjających warunków oraz znanej wartości wód inowrocławskich, zdrojowisko nie rozwijało się należycie za czasów niemieckich. Dopiero gdy zakład solankowy przejęło w zarząd obywatelstwo polskie, przystąpiono bezzwłocznie do rozbudowy zakładów i zaprowadzenia nowych oddziałów leczniczo-zdrojowiskowych. Drugim etapem rozwoju zdrojowiska było rozbudowanie gmachu dla kąpieli solankowych i zaprowadzenie kąpieli kwaso-węglowych na solance w latach 1919/22. W roku 1925 otwarto gmach dla kąpieli borowinowych. Od roku 1929 czynne jest nowocześnie urządzone inhalatorjum solankowe a od 1930 roku oddziały przyrodolecznicze. Obecnie zdrojowisko przechodzi w nowy okres rozwoju przez stwierdzenie wysokiej wartości leczniczej źródła solankowego, zdatnego do użytku wewnętrznego; wodę z tego źródła przeprowadzono obecnie do odnowionego pawilonu wód mineralnych pitnych.

Bergel, Brieger, L. Korczyński, S. Mierosławski, A. Sabatowski, St. Sroczyński oraz St. Wszelaki pisząc o wartości leczniczej Inowrocławia tak zestawiają wskazania:

1) gościec stawów i mięśni, 2) wadliwa przemiana materji: (podagra, otyłość, cukrzyca), 3) choroby dzieci: krzywica, skaza limfatyczna i anemja, 4) choroby kobiece: przewlekłe stany zapalne, niepłodność, niedorozwój i zaburzenia okresu przekwitania, 5) pourazowe schorzenia kości i stawów, 6) choroby serca i naczyń krwionośnych (miażdżyca, przewlekłe zapalenie żył).

Poza Zakładem Zdrojowym istnieją w Inowrocławiu instytucje o specjalnym charakterze: I. Nowowybudowany i komfortowo urządzony *Zakład Ubezpieczalni Krajowej*, przygotowany do leczenia obłożnie chorych. II. *Zakład leczniczy im. Focha* dla dzieci niezamożnych. III. *Szpital Powszechny*, z oddziałami specjalistycznemi.

Podkreślić należy szczególne zainteresowanie lekarzy zdrojowiskowych leczeniem dietetycznem. W roku ubiegłym został zorganizowany 7 tyg. kurs dla właścicielek pensjonatów, pierwszy tego rodzaju w Polsce. Niezależnie od tego utworzono przy Szkole Przemysłowo-handlowej dla dziewcząt w Inowrocławiu kurs kuchni dietetycznej pod kierownictwem Dr. N. Górskiej dla szkolenia tak zw. nadzorczyń dietetyki. Kurs taki łącznie z praktyką trwać będzie dwa i pół roku. Szkoła przyjmuje absolwentki 8 względnie 6 klas gimn. Absolwentki kursu znajdą szerokie pole pracy we wszystkich naszych zdrojowiskach.

JAWORZE — uzdrowisko podgórskie, wzniesione 400 m nad p. m. leży na Śląsku Cieszyńskim. Stacja kolejowa na linji Bielsko—Cieszyn. Szerszej publiczności Jaworze znane jest dzięki prywatnemu *Zakładowi im. Dra Czopa.* Jest to sanatorjum mające za sobą doświadczenie już prawie 50-letnie. Zabudowania lecznicy mieszczą się w dużym parku, który posiada specjalnie znakowane ścieżki do kuracyj terenowych i kąpiele słoneczne. Stosuje się tu elektroterapię, zabiegi wodolecznicze, sztuczne kąpiele mineralne i gazowe a przedewszystkiem specjalne kuracje dietetyczne. Obecnie urządza się duży basen pływacki z plażą. Zakład przyjmuje obok pensjonarjuszy także pacjentów ambulatoryjnych i jest czynny przez cały rok. Nadaje się przedewszystkiem dla podleczonych postaci najrozmaitszych chorób wewnętrznych, i dla leczenia nerwic. Szczególnie korzystne wyniki uzyskiwano tu w chorobie Basedowa.

JURATA NA HELU. Powstaje tu nowe uzdrowisko nadmorskie w odległości 3 km od Jastarni. Miejscowość ta brana jest pod uwagę w planach utworzenia nadmorskiej lecznicy dla gruźlicy chirurgicznej. Sprawa wyzyskania właściwości klimatycznych naszego wybrzeża w tym kierunku znajdzie się na porządku dziennym wiosennego zjazdu dyrektorów polskich sanatorjów przeciwgruźliczych.

KAZIMIERZ DOLNY NAD WISŁĄ, letnisko z kąpielami rzecznemi i plażą. Historyczne miasteczko z pamiątkami sięgającemi czasów Kazimierza Wielkiego i zabytkami architektonicznemi z XVI. i XVII. wieku leży 14 km od Puław, stacji kolejowej na linji Warszawa—Lublin. Dzięki zabytkom i pięknemu położeniu ściąga licznych turystów i letników. Dogodne pomieszczenia w hotelach i pensjonatach. Zarząd miejski troskliwie zajął się urządzeniem kąpieli rzecznych i plaży. Szeroko rozlana Wisła, nad którą urządzono przystań rzeczną, sprzyja tu rozwojowi sportów wodnych.

KRYNICA przeprowadza szereg ważnych inwestycyj. Źródła Jana i Jakóba w parku przy Zakładzie Przyrodoleczniczym otrzymują nowoczesne ujęcia podobnie jak „Źródło Główne". Przystąpiono również do ujęcia kilku źródeł wody słodkiej celem zasilenia wodociągów miejskich; dotychczasowy bowiem dopływ wody był już za mały dla potrzeb rosnącego zdrojowiska. Łącznie z tem zbudowano łaźnię ludową przeznaczoną dla ubogiej ludności i personelu obsługującego kuracjuszy. Z. U. P. U. we Lwowie postanowił przerobić Lwigród na sanatorjum dla leczenia szczególnie chorób serca i chorób kobiecych. Prace nad wykończeniem nowego Domu Zdrojowego postępują naprzód. Projektuje się też budowę kolejki linowo-szynowej na szczyt Góry Parkowej; czynna także w zimie służyć będzie sportowi saneczkowemu i narciarskiemu.

O rosnącej popularności Krynicy świadczy artykuł dra Michalika o *leczeniu personelu lotniczego wojskowego w Krynicy* w Nowinach Lekarskich. W sezonie zimowym ub. r. leczono tam 60 osób w myśl zasady troskliwej dbałości o stan zdrowia pilotów, których siły fizyczne szybko się wyczerpują tak, że okres pełnej zdolności lotniczej oblicza się na około 10 lat zaledwie. Centrum Badań Lotniczo-Lekarskich w Warszawie prowadzi ścisłą ewidencję stanu fizycznego pilotów i urządza od lat 3 tego rodzaju zimowe okresy lecznicze. Krynica dzięki swym właściwościom uzdrowiskowym, klimatycznym, urządzeniom terapeutycznym, warunkom życia sportowego i towarzyskiego okazała się doskonałem środowiskiem dla poprawy, zwłaszcza systemu nerwowego pilotów nadwyrężonego służbą w powietrzu.

LUBIEŃ WIELKI, kąpiele siarczane i borowinowe, zakład przyrodoleczniczy, stacja kolejowa na linji Lwów - Sambor. Borowinę przerabia się obecnie maszynowo wiosłami poruszanemi przez silnik elektryczny 100 razy na sekundę tak, że powstaje bardzo dokładnie i jednostajnie wymieszana masa; do borowiny dodaje się wodę siarczaną a ogrzewa się ją parą.

W ubiegłym roku powiększono ilość pokoi zakładowych przez nadbudowę 2 piętra we willi „Helena". W bieżącym roku buduje się chodnik od kościoła do Zakładu i halę targową.

MARCINKOWICE, letnisko w powiecie nowosądeckim na linji kolejowej Kraków - Nowy Sącz - Krynica. Miejscowość leży w uroczej podgórskiej okolicy u spływu Dunajca i potoku górskiego Smolnika. Nad rzekami temi urządzono plażę i kąpielisko. We dworze położonym w dużym parku wynajmuje się w sezonie letnim pokoje z utrzymaniem. W Nowym Sączu odległym o kilkanaście minut koleją dobrze urządzony szpital powiatowy, kilkunastu lekarzy i apteki.

MIKULICZYN leży w dolinie Prutu,650 m nad poziom morza, w Beskidzie huculskim. „Opieka Zdrowotna" Lwowskich Szkół Akademickich, pozostająca pod stałem przewodnictwem Prof. H. Halbana stworzyła tu w r. 1928 Dom Zdrowia, przeznaczony dla studentów wyższych Uczelni lwowskich zagrożonych gruźlicą i uzdrowieńców. Początkowo kuracjusze mieścili się w jednym budynku drewnianym. W roku 1932 wykończono budowę drugiego budynku z cegły, w którym umieszczono obszerną salę do tuszów, łazienki, pokój lekarski, pracownię, czytelnię i szereg pokoi mieszkalnych.

W obecnej chwili korzysta z pobytu 35 osób, naprzemian studenci i studentki, przez okres 5—6 tygodni. Wielki nacisk kładzie się na przebywanie kuracjuszy bez względu na porę roku na wolnem powietrzu. W pewnych określonych godzinach obowiązuje werandowanie na krytej leżalni. Niestety brak funduszów nie pozwolił „Opiece Zdrowotnej" dotychczas na wykończenie leżalni zimowej, łączącej dwa budynki zakładowe i balkonów w nowym budynku, oraz kilku pokoi sezonowych na poddaszu. Starania „Opieki" o rozszerzenie gruntu drogą odstąpienia w dzierżawę przez dyrekcję Lasów Państwowych 2 morgów łąki, przylegającej do obecnej posesji, znalazły się dopiero w ostatnich czasach na dobrej drodze. Dom Zdrowia w Mikuliczynie walczy z ogromnemi trudnościami finansowemi, ponieważ zdolność płatnicza studentów jest minimalną; przeciętna dzienna opłata 1 studenta w obecnej chwili wynosi ponad 1 Zł, a same koszta utrzymania „Domu" wynoszą około 6 Zł dziennie od 1 osoby.

MIŁOWODY leżą półtora km od stacji kolejowej Oborniki a 32 km od Poznania. Zakład powstał za inicjatywą Prof. Gantkowskiego w 1921 r. Ideę zaprowadzenia wodolecznictwa przy szerokiem wykorzystaniu sprzyjających warunków przyrody podał Dr. Żniniewicz, twórca oryginalnego systemu hydjatrji. Dom kuracyjny mieści się w starym, rozległym parku, w pobliżu lasów liściastoiglastych i leży na wysokim brzegu rzeki Wełny, na gruntach morenowych i kwarcowych, na piaskach przepuszczalnych. Zakład z 90 pokojami, posiada centralne ogrzewanie i elektryczne oświetlenie, oraz dogodne warunki komunikacji. W dwóch obszernych łazienkach stosuje się w głównej mierze zabiegi wodolecznicze według systemu Dr. Żniniewicza. Zabiegi te polegają na działaniu wody, stopniowanej od ciepłej do zupełnie zimnej na podzielone części ciała, z szczególnem uwzględnieniem ośrodków nerwowych, rozmieszczonych w głowie i kręgosłupie, w zrozumieniu wywołania tem intensywniejszej reakcji miejscowej. Sposób działania wody poprzez podzielone części na cały ustrój przy uwzględnieniu czynności fizjologicznej organizmu odbiega zasadniczo od wszelkich dotychczasowo znanych metod wodolecznictwa. Poza tem ordynuje się kąpiele kwaso-węglowe, solankowe (sól inowrocławska), solankowo-jodowe (sól iwonicka), solankowo-mydlane, solankowo-potasowe (langbeinit) i inne; — fizjoterapję — zatrudnienia fizyczne, gimnastykę — masaże — leczenie dietetyczne, odtłuszczające, tuczne i specjalne.

Wskazania do leczenia w zakładzie: 1) choroby układu nerwowego i nerwice, 2) choroby serca i naczyń krwionośnych, 3) choroby przemiany materji, otyłość, skaza moczanowa, cukrzyca, 4) przewlekłe choroby żołądka i jelit, 5) zatrucia narkotykami, 6) stany wyczerpania tak psychicznego jak fizycznego. Opieka lekarska spoczywa w rękach dwóch lekarzy zakładowych. Letnicy mieszkający poza zakładem w pensjonatach i u włościan, mogą korzystać z urządzeń leczniczych Zakładu.

OLESIÓW, zdrojowisko obok Stanisławowa powstało w ostatnich latach po rozparcelowaniu części terenów należących do dóbr Pacyków. Znajduje się tu stare źródło solanki jodowo-bromowej znane od lat okolicznej ludności, która używała kąpieli w tej wodzie przy dolegliwościach gośćcowych. W ostatnim roku wykonane dokładne badania stwierdziły, że olesiowskie źródło Jakóba posiada skład zbliżony do źródła Karola w Iwoniczu z większą zawartością chlorku sodu. W pobliżu źródła zbudowano łazienki, narazie skromne, drewniane na 10 wanien. Urządzono też małą wziewalnię. Ruchliwy Zarząd pracuje z powodzeniem nad rozwojem Olesiowa, gdzie puste niedawno wzgórze zamienia się w park, w którym wybudowano dotychczas 60 will. Ponadto zorganizowano regularną komunikację autobusową ze Stanisławowem, postarano się o naprawę drogi powiatowej. Założono własną „Gazetę Olesiowską".

POMORZE WSCHODNIE. Przyroda w powiatach brodnickim, działdowskim i lubawskim przedstawia ogromną różnorodność krajobrazu: jeziora, wzgórza, lasy; klimat jest tu zdrowy i suchy. Kilkaset letników ściągają w sezonie następujące miejscowości: *Lidzbark, Górzno, Ciche, Szabda, Zbiežno, Kurzętnik* i wszystkie leśnictwa wspomnianych okolic. Ostatniemi laty wiele dworów ziemiańskich przyjmuje letników w sezonie: *Wlewsk, Ciborz, Pusta, Dąbrówka, Niewież.* Wszystkie bodaj wymienione miejscowości są położone nad jeziorami, które łączą się kanałami z Drwęcą, co daje możliwość używania sportu wodnego. Komunikacja dobra, gdyż przez omówiony obszar przechodzi główny szlak kolejowy Warszawa - Gdynia. Na terenie Lidzbarku zamierzał Okr. Zw. Kas Chorych w Poznaniu wybudować lecznicę dla gruźlików, dzięki walorom klimatycznym tej okolicy. Magistrat Lidzbarku pod wpływem dra Michałowicza, prezesa Obwodu Brodnickiego Zw. Lek. P. P., który żywo zajmuje się rozwojem tutejszych letnisk, zaofiarował na ten cel 100 morgów lasu i budulec. Później K. Ch. rozmyśliła się i wystawiła swój gmach w Brodnicy.

RYMANÓW. W ostatnich czasach przeprowadzono nową analizę wód zdrojowych. W bieżącym sezonie będą po raz pierwszy stosowane w Rymanowie kąpiele borowinowe.

SOLEC ZDRÓJ. Woj. kieleckie. Wody siarczano-słone. Zarząd wprowadził zmiany, które mają usprawnić i udogodnić korzystanie z kąpieli mułowych: urządzono mieszanie mechaniczne mułu i przygotowano leżalnię przy łazienkach mułowych.

USTROŃ — uzdrowisko podgórskie (400 m nad p. m.) leży na Śląsku Cieszyńskim. Ustroń posiada od dziesiątków lat łazienki borowinowe, nieduże ale znane na Śląsku i w Zagłębiu, korzysta z kąpieli około 1000 chorych rocznie. Jest to jedyne ze śląskich uzdrowisk, które posiada w sezonie swoisty „ruch", z koncertami, dancingami i t. d. Klimat Ustronia jest wybitnie suchy, brak mgieł, mało opadów przy gruncie łatwoprzepuszczalnym. Liczne dobrze utrzymane drogi prowadzą z Ustronia w góry, gdzie pobudowano wygodne schroniska o charakterze hoteli górskich na wysokościach od 900—1100 m. Podejście przeważnie wygodne, trwa przeciętnie dwie godziny i jest możliwe i dla osób starszych.

WISŁA jest najmłodszem uzdrowiskiem na Śląsku Cieszyńskim. Przed wojną cicha wioska góralska, na wysokości 600 m położona, wykazuje dziś największą bodaj frekwencję ze wszystkich śląskich stacyj klimatycznych. Przyczyniła się do tego budowa nowej kolei z Ustronia i wspaniała szosa, prowadząca w śmiałych wirażkach, do zamku myśliwskiego Pana Prezydenta na Kubalonce. Odkryto dla ogółu piękno źródeł Wisełki oraz licznych dolin bocznych i stworzono miasto-ogród w górach. Wisła stała się poważnym ośrodkiem sportowym, tak zimą, kiedy wielka skocznia roi się od młodzieży, jak i latem, kiedy przed szeroką plażą, z dużym basenem betonowym, napełnianym kryształową wodą potoku górskiego, parkują samochody z całej Polski. Z pośród promenad i deptaków droga prowadzi w górę, w rozległe lasy. Tam buduje się obecnie ogromne sanatorjum dla gruźliczych. Z drugiej strony doliny zameczek myśliwski Pana Prezydenta przyciąga liczne rzesze turystów. Jest budowany i urządzony w stylu nawskroś modernistycznym, ozdobiony wielu okazami sztuki i rzemiosła krajowego.

Z Wisły niedaleko do Istebnej, wioski znanej z wartości folklorystycznych, tuż przy granicy Państwa leżącej.

WOROCHTA — uzdrowisko górskie (750 m n. p. m.) w dolinie Prutu. Lecznica dla gruźlików dotychczas należąca do Kasy Chorych w Stanisławowie przechodzi na własność Związku Kas Chorych w Warszawie. Od kilku tygodni budynek opróżniono dla przeprowadzenia gruntownego remontu i wykończenia dawniej rozpoczętych uzupełnień. W sezonie letnim rozpocznie lecznica nowy okres swego rozwoju.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ginekologja Polska. Nr. 1—3. 1933. S. Cikowski, S. Skowron, E. Turyna: Histopatologiczne zmiany w łożysku królika pod wpływem wstrzyknięć follikuliny. — S. Cikowski: Zmiany anatomiczne jajników i błony śluzowej trzonu macicy w zaburzeniach czynnościowych jajnika. — C. Uhma: O pewnych odmianach technicznych w zabiegu Sturmdorfa. — J. Szlank: Przypadek donoszonej ciąży pozamacicznej, trąbkowej z żywym płodem. — J. Kosińska: Przypadek skrętu trąbki u 15-letniej dziewczyny, spostrzegany na oddziale chirurgicznym szp. P. C. K. — B. Walczak: Rzadki przypadek rozległych znamion macierzystych u noworodka. — L. Lorentowicz: Stosowanie szczepionek w ginekologji. — J. Perl: O rozpoznawaniu pęknięcia macicy i postępowaniu leczniczem w przypadkach tego uszkodzenia.

Kosmos B. Nr. 1. 1933. Z. Pazdro: Budowa geologiczna Chin. — M. Kamieński: O bogactwach mineralnych Chin. — D. Szymkiewicz: Szkice z morfologji roślin I—III.

Życie Dziecka. Nr. 2. 1933. J. Miedzińska: Praca zarobkowa młodzieży. — A. Rusinowa: Warunki pracy i życia młodzieży rzemieślniczej. — J. Mierzkowski: Dola dziecka robotniczego w Polsce w świetle cyfr i „Pamiętników bezrobotnych".

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 4. 1933. M. Józkiewicz: Obraz krwi konia zdrowego w przebiegu maleinizacji metodą wśródskórnopowiekową. — T. Żuliński: Przypadek białaczki u psa. — A. Cerkowny: Komentarze do sposobów uboju zwierząt rzeźnych. — A. Trawiński: Pompa do nadymania płuc.

Lekarz Wojskowy. Nr. 7. 1933. W. Pol: Wybór kolorowego światła do oświetlania kabiny samolotu. — H. Ciszkiewicz: Złamania i zwichnięcia miednicy. — Dzierżyński: Z kazuistyki rzadszych schorzeń kośćca. II. Exostosis osteogenica multiplex. — A. Klesk: Euthanasie. Skracanie cierpień przedśmiertnych choremu.

Zdrowie. Nr. 7—8. 1933. W. Graba-Łęcki: Najnowsze zdobycze inwestycyjne w zdrojowiskach w zakresie sanitarno-technicznym. — E. Budzyński: Badania naukowe wód mineralnych zdrojowisk polskich ze szczególnem uwzględnieniem źródeł państwowych. — T. Rymkiewicz: Rażące braki w zdrojowiskach polskich. — W. Iwanowski: Popularyzacja leczenia w zdrojowiskach.

Medycyna Nr. 8. 1933. St. Januszkiewicz: Kinografja radjologiczna serca. — Z. Michalski: Teorja i praktyka leczenia swoistego gruźlicy. — St. Tokarski: Leczenie promienicy jontoforezą miedzi. — A. Ławrynowicz i M. Łącki: Typ endemji i drogi zwalczania duru brzusznego w Warszawie. — Wł. Mikułowski: O korelacji wyrostka robaczkowego i wątroby w klinice dziecka.

Nowiny Lekarskie. Nr. 8. 1933. W. Orłowski: Chromanie przerywane organiczne. Dysbasia angiosclerotica intermittens. — A. Laskiewicz: W sprawie badania otoneurologicznego. — E. Piasecka-Zeyland: Ulepszenie bakterjologicznego rozpoznawania błonicy. — Bajoński: Gorączka połogowa.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 16. 1933. J. Merenlender: O bizmutowym zatorze tętniczym.

OCENY.

Ankieta w sprawie Karpat Wschodnich. Dr. M. ORŁOWICZ i ST. LENARTOWICZ. Nakł. Min. Robót Publ. Księgarnia Jasielskiego w Stanisławowie. Str. 248.

Książka ta jest owocem ankiety zwołanej w r. 1931 przez Min. Rob. Publ. w sprawie rozwoju letnisk i uzdrowisk, rozwoju turystyki i ochrony przyrody w Karpatach Wsch. Zawiera ona obszerne referaty prof. Dr. W. Goetla i prof. Dr. Wierdaka (ochrona przyrody w Karp. Wsch., sprawa parku narodowego), prof. Dr. Kozikowskiego (ochrona lasów i rzadkich gatunków drzew), Dr. W. Majewskiego i prof. Dr. Klemensiewicza (turystyka i sporty), inż. M. Kryńskiego (uzdrowiska w Karp. Wsch., program inwestycji), prof. A. Lenkiewicza (letniska), E. Bürgiela (komunikacja), prof. A. Fischera (ochrona swojszczyzny), H. Gąsiorowskiego (styl ludowy, przemysł), prof. Wacka (myślistwo), prof. Orzechowskiego (rybołóstwo). Referaty te zawierają mnóstwo pierwszorzędnego materjału informacyjnego, uzupełnionego w dyskusji przez licznych znawców tych dziedzin. Ankieta skrystalizowała swe rozważania w 64 wnioskach do władz i społeczeństwa. Niektóre z nich jak np. połączenie Kut i Kosowa koleją (przez odcinek rumuński) z siecią komunikacyjną Polski, przebudowa dróg w dorzeczu Prutu i t. p. są już na lato b. r. urzeczywistnione. Dowiadujemy się z ankiety, że Karpaty Wsch. ściągają rocznie ponad 30.000 kuracjuszy i letników, a zimą kilka tysięcy narciarzy, a mają jeszcze dużo terenów leczniczych (klimatycznych) i narciarskich zupełnie nieeksploatowanych.

Książka ta powinna zainteresować lekarzy, przyrodników, nauczycieli i przedsiębiorców szukających lokaty kapitału dzięki obfitości ścisłych wiadomości. *Sabatowski.*

Wnioski uchwalone na dorocznem posiedzeniu Naczelnej Izby Lekarskiej w dniu 23 kwietnia b. r.

I. N. I. L. jako przedstawicielka stanu lekarskiego Rzeczypospolitej Polskiej, powołana ustawowo do współdziałania z władzami państwowemi w sprawach zdrowia publicznego, wzywa lekarzy polskich do czynnego współdziałania w zorganizowaniu przeciwlotniczo - gazowej obrony leczniczej. Wszyscy lekarze polscy winni obowiązkowo zaznajomić się dokładnie z niesieniem pomocy doraźnej i lecznictwem w tej dziedzinie na kursach informacyjnych i instrukcyjnych i dopomóc do zorganizowania instytucyj, któreby mogły spełnić rolę pomocy dla chorych — ofiar napaści gazowo-lotniczej. Naczelna Izba Lekarska nie wątpi, że ogół członków izb lekarskich godnie podtrzyma tradycje ofiarności społecznej i narodowej wobec sprawy obrony Państwa i gotowa jest współdziałać z odnośnemi czynnikami państwowemi.

II. Samowystarczalność, szczególnie w dzisiejszej dobie ogólnego kryzysu, jest zagadnieniem pierwszorzędnem i sprawie tej poświęca się dużo uwagi. Nie bez wpływu bowiem na bilans handlowy, przemysł, rolnictwo i konsumpcję jest sprawa wydatkowania sum na zakupy zagraniczne, jak i sprawa zatrudnienia bezrobotnych. Wojskowa służba zdrowia od pierwszych dni wskrzeszenia Państwa czyniła i czyni wysiłki i starania, mające za zadanie rozwój i popieranie przemysłu krajowego. Lecz wyników dodatnich w takim stopniu, w jakimby należało oczekiwać, nie mamy. Dzieje się to skutkiem tego, że w pojęciu szerokich mas społeczeństwa polskiego pokutuje dotychczas mniemanie o wyższości wszystkiego, co zagraniczne. Obserwuje się to w szczególności w odniesieniu do środków leczniczych. Tymczasem, jeżeli chodzi o jakość wyrobów krajowych, to nie ustępują one wyrobom zagranicznym, a w niektórych wypadkach przewyższają te ostatnie. Dzieje się to jeszcze dlatego, że przemysł zagraniczny rzuca olbrzymie kwoty na propagandę i formalnie zarzuca lekarzy reklamą i próbkami, a na co młody przemysł polski pozwolić sobie w takiej mierze nie może.

Rozpatrzmy tylko pobieżnie co się już produkuje w kraju: 1) w dziale leków: a) preparaty salicylowe, np. Aspiryna, Motopirina, Phenina, salicylan metylowy; b) preparaty srebrowe, np. Corgol (Collargol), Prorgol (Protargol), Argentum nitricum crist., Argentum proteinicum; c) eter zwykły i do narkozy, chlorek etylu, chloroform zwykły i do narkozy; d) preparaty z żelaza; e) hydrogenium hyperoxydatum 30%, formalina, Jothion, Mentholum valerianicum (Validol), Polocaina (Novocaina), Salvarsan, Phosphit, Phytonal (Phytina), waselina, terpentyna i wiele innych, oraz cały szereg specyfików, zastępujących zagraniczne wyroby. 2) w dziale narzędzi chirurgicznych i lekarskich: Strzykawki systemu Recorda, narzędzia amputacyjno-resekcyjne (noże, nożyczki, szczypczyki, kleszcze, dłuta i t. p.), narzędzia położniczo-ginekologiczne, częściowo narzędzia uszno-gardlane i t. d., urządzenia sal operacyjnych i t. d. 3) w dziale opatrunkowym: Wata lniana, gaza lniana (w tej chwili na opaski może być już użyta, lignina, ceratka, agrafki i t. p. W tym dziale jesteśmy już samowystarczalni.

Jak widać z przytoczonych danych, w wielu wypadkach możemy się obejść zupełnie bez artykułów pochodzenia zagranicznego. Zwiększenie produkcji w kraju zależne jest od nas, t. j. od naszego żądania artykułów krajowych. Dla rozwoju przemysłu chemiczno-farmaceutycznego jest też rzeczą niezmiernie ważną ograniczenie przepisywania specyfików, stanowiących bardzo często zwykłe mieszanki (Cystosan, Varicol, Rectosan, Pastylki belgijskie, Reductosan i t. p.), przez co skieruje się nasz przemysł na drogę syntezy i da możność krajowym wytwórniom doskonalenia się i zapewni im ciągłość pracy. By osiągnąć cel — konieczna jest ścisła współpraca tych, którzy przepisują środki lecznicze i tych, którzy zaopatrują w nie ludność. Sprawa stosowania środków leczniczych własnego wyrobu jest obecnie niezmiernie ważna i aktualna.

1. Obowiązkiem każdego lekarza, obywatela Rzeczypospolitej Polskiej jest popieranie przemysłu krajowego przez używanie i przepisywanie krajowych środków leczniczych, narzędzi chirurgicznych, przyrządów lekarskich i materjału opatrunkowego.

2. Wzywa się Zarząd N. I. L. do powołania stałej komisji, któraby zajęła się propagowaniem krajowych środków leczniczych, narzędzi chirurgicznych i przyrządów lekarskich, oraz środków opatrunkowych, które bez szkody dla zdrowia chorego, a zawsze z pożytkiem, mogą zastąpić środki zagraniczne.

Uchwałę powyższą podać do wiadomości wszystkich członków Izby Lekarskiej, oraz przedstawić wszystkim Ministerstwom.

Do współpracy w komisji ad punkt 2) prosić Dep. Zdrowia Min. Opieki Społecznej i Min. Spraw Wojskowych.

III Wniosek Izby Lekarskiej Lwowskiej. Izba Lekarska Lwowska zwraca się do Zarządu N. I. L. z prośbą, aby zechciała pilnować wszelkich zamierzeń ustawodawczych od chwili pojawienia się wiadomości o zamierzonych projektach ustawodawczych, dotyczących w jakimkolwiek kierunku świata lekarskiego, zanim one przejdą przez kluby, komisje sejmowe i senackie.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

We Francji obchodzono uroczyście w obecności Prezydenta Republiki 83 urodziny prof. Arsonval'a. Zasługi tego uczonego światowej sławy opierają się na pracach z zakresu wydzielania wewnętrznego i prądów o wysokiej częstotliwości. Aparat d'Arsonval'a do dziś dnia nie wyszedł z użycia i stał się prototypem dzisiejszych urządzeń do diatermji, które rozwinęły praktyczne zastosowanie idei pierwszego wynalazcy.

Zmarli.

Dr. Alfred Bigelmayer, em dyrektor szpitala powszechnego i b. długoletni lekarz miejski w Samborze.

Dr. Franciszek Wilkaniec w Mikstacie p. Kępno.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie Tow. Lek. Warsz. odbyło się 2 maja 1933 r. 1. Wyniki konkursów naukowych: a) Halper, b) Sieragowscy, c) Sommer. 2. Dąbrowska J. i Dębicki K., członkowie T-wa: Przypadek olbrzymiego wodonercza powikłanego krwiakiem okołonerkowym. 3. Zembrzuski L., człon. T-wa: Konstytucja i choroby Napoleona I (z pokazami bioskopowemi). 4. Fliederbaum J. i Landauówna M.: Badania nad gospodarką cukrową w chorobach serca i nerek.

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warsz. odbyło się 9 maja 1933 r. 1) Michalski Z., Grzybowski T. i Krystof A., członkowie T-wa: Teorja i praktyka swoistego leczenia gruźlicy. 2) Trojanowski A.: Przypadek raka tarczycy.

Tow. Lek. Łódzkie. Posiedzenie 10 maja: 1. Kol. E. Sonnenberg: O występowaniu liszaja czerwonego podczas leczenia salwarsanem. 2) Kol. S. Gutentag: Sprawozdanie z działalności lekarzy szkolnych szkół powszechnych za rok 1931—1932. Posiedzenie 24 maja: 1) Prof. Włodzimierz Koskowski (jako gość — ze Lwowa): Podstawy działania leczniczego soli i wód Morszyńskich. 2) Kol. A. Bender: Serce a tak zwany zespół Jegorowa. Posiedzenie 31 maja: 1) Kol. L. Szyfman: Cukromocz jako objaw zakrzepu tętnic wieńcowych. 2) Kol. M. Kocen: Wartość klinicznia przyżyciowego badania szpiku kostnego.

Sekcja Balneologji i Klimatologji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Gospodarzem sekcji jest prof. Dr. Paweł Gantkowski Poznań, ul. Fredry 10. Zakład Higjeny. Przewodnictwo Sekcji objął prof. Dr. L. Korczyński, Prezes P. T. B. w Krakowie. Temat główny: „Rozwojowe szlaki polskiej balneologji od połowy zeszłego wieku. Założenia i horoskopy na przyszłość“ omówi Prof. Dr. L. Korczyński. Po zakończeniu zjazdu odbędą się wycieczki do uzdrowisk krajowych.

Zjazd czechosłowacki poświęcony kardjologji odbędzie się w Pradze 2—4 czerwca 1933. Temat główny stanowi: mięsień sercowy, jego fizjologja, patologja, terapja. Wykłady zgłoszono z Berna, Pragi, Bukaresztu, Medjolanu, Lyonu, Londynu i Paryża. Z Polski zgłosili się do rozpraw prof. Semerau-Siemianowski, drowie Rasolt, Walawski, Żera.

IV. Międzynarodowy Zjazd Radjologów odbędzie się w Zurychu w lipcu 1934.

Różne.

Nasz świat lekarski w Ameryce ma widocznie zbyt małą łączność z piśmiennictwem polskiem, jeżeli dopuszcza w swym organie różne dziwolągi językowe. W słowniku lekarskim polsko-angielskim drukowanym w The Bulletin of the polish medical and dental assoc. of America znajdujemy: brzękłość (zamiast obrzęk), mięsień brzmiącoczopkowy (m. unoszący podniebienie miękkie), brzuchy mózgowe (komory), brzuch nerki (miedniczka), brzuszek serca (komora), brzuszny gruczoł (trzustka), brzydkość albo brzydliwość (nudności). Taurochol tłumaczą jako byczożółcian.

B. Szarecki omawia na łamach „Lekarza Wojskowego“ przetaczanie krwi konserwowanej i transportowanej. Badania rosyjskie wykazały, że krew daje się dobrze konserwować w naczyniach szczelnie wypełnionych bez powietrza z dodatkiem 0,5% cytrynianu sodu w roztworze fizjologicznym soli *ana partes*. Krew taką przelewano z powodzeniem w ciągu 22 dni po pobraniu. Transport nawet w warunkach bardzo prymitywnej komunikacji na duże odległości nie wpływał szkodliwie.

E. Chabrol omawiając przyczyny wspaniałego rozwoju leczenia w cieplicach u starożytnych Gallów i Rzymian tłumaczy go: 1) religijnem odnoszeniem się do tajemnicy powstawania ciepłych źródeł, 2) sybarytyzmem owych czasów, których jednym z wyrazów było nadmierne umiłowanie ciepłych kąpieli i 3) pewnym symplicyzmem nauk lekarskich, który uwidacznia się wyraźnie w powiedzeniu Plinjusza: Przez 600 lat Rzymianie nie znali innych lekarstw poza kąpielami.

Szwajcarski kanton Waadt posiada 2 ustawy z r. 1928 i 1931, które udzielają Radzie Zdrowia prawa na zezwolenie pozbawienia płodności osobników dotkniętych chorobami umysłowemi i idjotów (dotychczas zastosowano w 21 przypadkach); Rada Zdrowia może też zezwolić na przerwanie ciąży w podobnych okolicznościach.

W roku 1932 zmarło w Stanach Zjednoczonych 3142 lekarzy (w 1931 — 2950). Dwóch z nich osiągnęło 100 lat życia, 55 powyżej 90 lat. Przeciętny wiek w czasie zgonu wynosił 64 lat. Z powodu wypadków zmarło 158 lekarzy, same tylko wypadki samochodowe spowodowały śmierć 77 kolegów amerykańskich. 87 lekarzy skończyło w roku 1932 samobójstwem. Główną przyczyną śmierci były choroby sercowe (ponad 1/3 wszystkich zejść śmiertelnych), krwotok mózgowy w 346, rak w 228 przypadkach.

Na wielkie zapotrzebowanie lekarzy w Rosji Sowieckiej wskazuje otwarcie nowego Wydziału Lekarskiego w Leningradzie. Przeznaczony jest dla kształcenia pomocników lekarskich i felczerów na lekarzy. To uzupełnienie studjów ma się dokonywać w ciągu 2 i pół lat.

Komunikaty.

Polskie Tow. Balneologiczne w Krakowie utworzyło z swoim finansowym udziałem spółkę dla eksploatacji leczniczych wód szczawnickich i wydzierżawiło od Hr. Adama Stadnickiego, właściciela Szczawnicy, prawo wyłącznej eksploatacji na okres kilkunastu lat. Spółka poczyniła już starania, ażeby ta eksploatacja odbywała się jak najracjonalniej i w jak największych rozmiarach i dostarczała poważnych dochodów dla Funduszu Budowy Instytutu Balneologicznego, a po powstaniu Instytutu zapewniała środki dla jego naukowej i dydaktycznej działalności. Donosząc o tem, prosi Zarząd P. T. B. bardzo serdecznie i bardzo gorąco sfery lekarskie całej Polski o życzliwą pomoc i opiekę także na tym odcinku działalności Towarzystwa.

Na skutek podniesionych wątpliwości co do egzekwowania taks i opłat na rzecz funduszów kuracyjnych w uzdrowiskach, uznanych za posiadające charakter użyteczności publicznej, Min. Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych wyjaśnia co następuje: Na podstawie § 2 p. e) rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 25. V. 1932 r. (Dz. U. R. P. Nr. 62, poz. 581) wydziały wykonawcze komisyj uzdrowiskowych mają uprawnienia władz egzekucyjnych, nadto z mocy art. 35 p. 2 ustawy o uzdrowiskach są one powołane do poboru taks, opłat, i w tym zakresie są władzami wymiarowemi, tworzącemi tytuły egzekucyjne w rozumieniu postępowania przymusowego w administracji. Powyższe własne tytuły egzekucyjne wydziały wykonawcze komisyj uzdrowiskowych same wykonywują w formie poboru, a w razie oporu w trybie przymusowym. Władze wymiarowe wydają wówczas zarządzenia egzekucyjne, o ile chodzi o osoby jeszcze zamieszkałe na terenie uzdrowiska — w innych wypadkach zwracają się z odpowiednim wnioskiem do właściwej powiatowej władzy administracji ogólnej; właściwość powiatowej władzy administracji ogólnej, jako władzy egzekucyjnej, ocenia się wówczas według miejsca zamieszkania zobowiązanego. Odwołania od zarządzeń egzekucyjnych władz wykonawczych komisyj uzdrowiskowych powinny być wnoszone do urzędów wojewódzkich a to zgodnie z art. 20 p. a) rozporządzenia o postępowaniu przymusowem w administracji, ponieważ władze wykonawcze komisyj uzdrowiskowych w sensie tego artykułu należy uznać za władze administracyjne.

Państwowa Szkoła Higjeny wspólnie z Sekcją Naukową Polskiego T-wa Eugenicznego organizuje III-ci kurs dla lekarzy z dziedziny eugeniki i poradnictwa przedślubnego. Wykłady obejmą zarówno stronę społeczną, związaną ze sprawami małżeństwa, jak zagadnienia polityki populacyjnej, rozrodczości, reformy małżeństwa, oraz sprawy związane ściślej z patologją, jak dziedziczenie chorób psychicznych, nerwowych, zapobieganie chorobom wenerycznym i t. p. Kurs odbędzie się w czasie od 16—27 maja 1933 r. w godzinach wieczornych od 20—22. Kurs jest bezpłatny, wpisowe wynosi 10 zł. Program i rozkład godzin następujący: 16. V. godz. 20—22: Prof. J. Dembowski: Naukowe podstawy eugeniki. 17. V. godz. 20—21. Doc. Dr. W. Łuniewski: Technika badań dziedziczności u człowieka; godz. 21—22. Dr. H. Szpidbaum: O typach rasowych i konstytucjonalnych. 18. V. godz. 20—21. Dr. M. Kacprzak: Z zagadnień rozrodczości; godz. 21—22. Dr. Z. Garlicka: Zapobieganie ciąży. 19. V. godz. 20—22. Wiceprez.

K. Fleszyński: Prawodawstwo małżeńskie i próby reformy. 20. V. godz. 20—21. Dr. L. Wernic: Najważniejsze zagadnienia ruchu eugenicznego; godz. 21—22. Doc. Dr. W. Sterling: Biologja seksualna. 21. V. od godz. 12-ej. Dr. L. Wernic: Poradnictwo przedślubne. Zwiedzanie Tow. Eugenicznego, Nowy Świat 1. 22. V. godz. 20—21. Doc. Dr. G. Szulc: Gruźlica; godz. 21—22: Dr. H. Szczodrowski: Wpływ chorób wenerycznych na płodność i zwyrodnienie. 23. V. godz. 20—21. Dr. R. Dreszer: Dziedziczenie chorób psychicznych; godz. 21—22. Doc. Dr. W. Łuniewski: Narkomanja. 24. V. godz. 20—22. Doc. Dr. W. Sterling: Dziedziczenie chorób nerwowych. 26. V. godz. 20—21. Doc. Dr. W. Melanowski: Dziedziczność a narząd wzroku; godz. 21—22. Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski: Zboczenia seksualne. 27. V. godz. 19—21. Prof. Dr. L. Hirszfeld: Podstawy biologiczne odporności; godz. 21—22. Seminarjum dyskusyjne. Zamknięcie kursu.

IV. Zjazd Lekarzy Słowiańskich (10—11 września 1933) poprzedza bezpośrednio XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich. Uczestnicy zjazdu lekarzy słowiańskich wezmą również udział w Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Komitety organizacyjne w Czechosłowacji i Jugosławji pracują już bardzo intensywnie i zapowiadają liczny udział Kolegów z tych krajów. Zjazd ten przyniesie nam niewątpliwie dalsze i ściślejsze zespolenie się słowiańskiego świata lekarskiego, tak ważne dla wszystkich narodów słowiańskich w obecnej chwili.

XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu (12—15 września 1933 r.). Prace organizacyjne postępują szybko naprzód. Zgłoszenia referatów w poszczególnych sekcjach są nadspodziewanie liczne. Pozwala to na wniosek, że liczba uczestników będzie wogóle duża, pomimo ciężkich warunków obecnych, przyczyni się do tego w dużym stopniu znaczne ożywienie sekcyj grupy przyrodniczej, w których udział zapowiada się znacznie liczniej niż w zjazdach dotychczasowych. Do ożywienia Zjazdu przyczyni się również niewątpliwie wystawa „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna“, która dzięki życzliwemu ustosunkowaniu się i poparciu Rządu oraz instytucyj samorządowych i społecznych da uczestnikom Zjazdu możność zaznajomienia się z naszym dorobkiem i stanem posiadania w tych ważnych dziedzinach naszego życia społecznego. — Komitet Organizacyjny uprasza uczestników o wzięcie udziału również w Zjeździe lekarzy słowiańskich. Składka zjazdowa w wysokości 30 zł uprawnia również do wzięcia udziału w Zjeździe lekarzy słowiańskich. Otwarcie XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich oraz wystawy nastąpi we wtorek dnia 12 września r. b. Posiedzenia plenarne będą się odbywały od 9—10-tej, posiedzenia sekcyjne od 10—13-tej i od 15—18-tej. Komitet Organizacyjny ma już zapewnione zniżki kolejowe w wysokości 50%, czyni jednak dalsze usilne starania o uzyskanie dalszej zniżki, prawdopodobnie z wynikiem pomyślnym. Zgłoszenia udziału w obu zjazdach należy nadsyłać do Biura Zjazdu: ul. Skarbowa Nr. 9. Poznań. Zgłaszający się otrzymają kwestjonarjusz z zapytaniami co do żądanej kwatery, udziału w wycieczkach i t. d. Po wpłaceniu składki uczestnicy otrzymają legitymację zjazdową wraz z ogólnym programem. Zaznaczamy już dzisiaj, że Komitet będzie rozporządzał kwaterami rozpoczynając od ceny 3 zł wzwyż, naturalnie poza pewną liczbą kwater bezpłatnych przeznaczonych dla asystentów i t. d.

Stowarzyszenie lekarzy klimatycznych w Pirenejach urządza 4 kilkodniowe wycieczki lekarskie do zdrojowisk pirenejskich w ciągu sierpnia i września. Koszty 1000—1500 fr. fr. Szczegóły: Secrétariat des Voyages Cévennes-Pyrérées-Océan La Malon (Hérault).

Nagroda konkursowa. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza niniejszem dwie nagrody konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie „MOTOR“ — Sp. Akcyjna, Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne, (jako pozostałość konkursu z r. 1929) „w poczuciu potrzeby jak największego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem dalszych poczynań i usiłowań w dziale produkcji chemiczno-famaceutycznej“. 1. Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) do dnia 15 marca 1934 roku do godz. 12-ej w południe. 2. Każda nagroda konkursowa wynosi zł 1000. 3. W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody. 4. Komitet konkursowy składa się z dwóch członków Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zaproszonych przez Zarząd Towarzystwa z pośród przedstawicieli tych gałęzi medycyny, do których zakresu należą złożone prace oraz z Wice-Prezesa Towarzystwa, jako przewodniczącego. Komitet może zwracać się do innych członków Towarzystwa w celu pozyskania ich opinji o pracach, zgłoszonych na konkurs. 5. Autorowie prac nie mogą być członkami Komitetu. Nie mogą również należeć do grona Komitetu kierownicy zakładów, w których prace wykonano. 6. Ocena prac musi być wykonana w terminie trzymiesięcznym. Sposób oceny wybiera Komitet. 7. Ani rozmiar pracy, ani śmierć autora po złożeniu pracy na konkurs we właściwym terminie nie mogą stać na przeszkodzie w otrzymaniu nagrody. 8. Ostateczne zakwalifikowanie pracy do nagrody przez Komitet odbywa się zapomocą tajnego balotowania większością głosów. Balotowanie odbyć się musi odrazu nad wszystkiemi pracami, nadesłanemi na konkurs. 9. Wniosek Komitetu przedstawia Wice-Prezes Towarzystwa na najbliższem posiedzeniu Zarządu, który ostatecznie przyznaje nagrodę. 10. Zarząd zawiadamia Towarzystwo Lekarskie Warszawskie o przyznaniu nagrody na najbliższem posiedzeniu klinicznem. Sekretarz Stały: (—) *Prof. Dr. A. Leśniowski.*

Redakcja otrzymała:

H. Długosz: Wpływ wody morszyńskiej na czynność wydzielniczą wątroby i trzustki. Odbitka z Polsk. Arch. Med. Wewn. 1933. Z. 1.

Drugie Sprawozdanie Pol. Tow. Szpitalnictwa z 1932 r. Warszawa 1933.

Kalendarz przeciwgruźliczy na r. 1933. Tow. Walki z Gruźlicą. Lwów. 1933.

Sprawozdanie Oddz. chirurg. Warsz. Szpit. dla dzieci za lata 1931—1932.

G. Folbort: Usłownie refleksi (Conditioned reflexes). Charkow. 1933 r.

Instrukcja biurowa dla Kas Chorych. Wyd. Zw. K. Ch. oddział Kraków. 1933.

Droga do Zdrowia. Rocznik 1932.

M. Goldman (senjor): O ciepłocie *podgorączkowej.* Zw. Kas Chorych. Warszawa. 1933.

T. Lawendel: Zbiór orzeczeń sądowych w zakresie ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby. Zw. Kas Chorych. Kraków, 1933.

Polski Kalendarz Lekarski na r. 1933. Wyd. Księgarnia Nowości. Lwów.

J. Brossowa: Włosogłówka czyli cianka ludzka (trichocephalus dispar), jej wpływ na ustrój i sposób jej usuwania. Odb. z „Medycyny Praktycznej“. Nr. 8. 1931.

H. Higier: Ból ramienia, jako wczesny objaw rozpoznawczy sprawy płucnej. Odb. z „Nowin Lekarskich“. Rocznik 33.

H. Higier: Röntgentherapie im Bereiche der Gehirn- und Rückenmarkstumoren. Odbitka z „Der Nervenarzt“ 1929. Nr. 2.

H. Higier: Obraz neurologiczny i psychjatryczny hipoglikemji samoistnej i objawowej. Odbitka z „Warsz. Czas. Lek.“, 1930. Nr. 44.

H. Higier: W sprawie patogenezy i terapji hipertonji czyli nadciśnienia tętniczego. Odbitka z „Warsz. Czasop. Lek.“ 1931. Nr. 44—45.

Sz. Tenenbaum, M. Szpilfogel, Z. Morgensztern: O zatruciu arsenowodorem. Odbitka z „Warszawskiego Czasopisma Lek.“. 1933. Nr. 10.

W. Mikulowski: De la maladie du sérum spontanée. Odb. z „Arch. de Méd. des Enfants“. 1933. Nr. 3.

W. Mikułowski: Die therapeutische Anwendung des Weedschen Experimentes bei einer Kanalblockade im Anschluss an Genickstarre. Odbitka z „Jahrbuch für Kinderheilkunde“. 1933. T. 138.

R. Clavuè: Le Nystagmus Vestibulaire et les Réactions de Mouvements. Maloine. Paris. 1933.